

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Os Fatores Culturais e a Vivência da Dor no Parto Implicações para a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Carla Marina Macedo de Matos Mestre

**Lisboa
Abril 2017**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Os Fatores Culturais e a Vivência da Dor no Parto Implicações para a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Carla Marina Macedo de Matos Mestre

Orientador: Professora Maria João Delgado

**Lisboa
Abril 2017**

“O que precisamos aprender
Está sempre diante dos nossos olhos;
Basta olhar ao redor com respeito e atenção
Para descobrir onde Deus nos deseja levar”

Paulo Coelho, 2011

DEDICATÓRIA

A *Deus* que me mostrou o caminho e me deu o derradeiro privilégio de trazer vida ao Mundo...

Aos meus filhos Diogo e Lucas pelas imensas manifestações de Amor e pelo seu inesgotável entusiasmo e admiração.

Ao meu marido Bruno por ter confirmado as minhas convicções de que existem almas gémeas e que o Amor supera todas as dificuldades renovando-se e revigorando-se.

Aos meus pais Amadeu e Gina, à minha avó Licínia, exemplo de vida e coragem e aos meus padrinhos Antonieta e Fernando por toda a confiança que depositaram em mim e por acreditarem que nenhum desafio seria grande demais.

Às minhas colegas de jornada Sandra, Telma e Helena pela amizade, pela partilha e por estarem sempre presentes.

À minha orientadora Sr.^a Professora Maria João Delgado pela compreensão e dedicação ajudando-me a superar as dificuldades e iluminando o meu caminho.

Às minhas orientadoras de estágio e todos os colegas que participaram nesta odisseia partilhando a sua sabedoria, conhecimentos e amizade, estarei eternamente grata.

A todos vós o meu sincero

Muito obrigada

LISTA DE SIGLAS

APEO - Associação Portuguesa do Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federação das Associações de Parteiras Espanholas

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

IASP - International Association for the Study of Pain

IASP – International Association for the study of pain

ICM – International Confederation of Midwives

INE - Instituto Nacional de Estatística

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEM - Plano Estratégico para as Migrações

RIFA - Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHO – World Health Organization

RESUMO

Num mundo em progressiva movimentação, com sociedades cada vez mais diversificadas, o número de mulheres a viver a maternidade em contexto multicultural e migratório é, nos dias de hoje, uma realidade com uma expressão reconhecida, tanto a nível mundial como nacional.

Em todas as culturas a maternidade é um dos eventos mais importantes na vida das mulheres. Por esta razão, existem inúmeras práticas culturais em torno da gravidez e do parto nos diferentes grupos humanos, sendo inevitável a associação da dor a este acontecimento. A dor do parto é uma experiência tão antiga quanto a própria existência humana e que resulta de um conjunto de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, assumindo uma subjetividade e individualidade que se podem traduzir por manifestações e sentimentos distintos.

Dada a importância e os riscos associados à gravidez e ao parto, cada cultura tem desenvolvido um método de cuidados de saúde específicos para este evento. No entanto, devido a circunstâncias históricas que levaram à propagação da civilização ocidental, o sistema biomédico foi introduzido nas sociedades modernas, tornando-se oficial em quase todos os contextos socioculturais, sem o devido respeito pelos sistemas tradicionais de cuidados de saúde materna que permanecem marginalizados.

Devido ao crescimento do fenómeno transcultural que está a ocorrer na população portuguesa, a enfermagem transcultural tornou-se numa componente chave na área da saúde e numa exigência por parte dos Enfermeiros de hoje. O número crescente de utentes de diferentes culturas cria um grande desafio para os Enfermeiros, ao exigir que prestem uma assistência individualizada e holística, incitando a uma melhor compreensão das diferenças culturais em termos de conceito de saúde, crenças e costumes.

Este documento é parte integrante do Estágio com Relatório do 6º CMESMO da ESEL e descreve o percurso efetuado para o desenvolvimento de competências especializadas nos Serviços de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia e Bloco de Partos de duas instituições de saúde. Este trajeto, tendo em vista os resultados a alcançar, pautou-se, em termos metodológicos, pela prática baseada na evidência através da realização de uma revisão da literatura e na prática reflexiva.

Palavras-chave: Trabalho de parto, Dor do parto, Diversidade cultural, Enfermagem Transcultural, Parteira

ABSTRACT

In a constantly changing world with increasingly diverse societies, the number of women experiencing maternity in a multicultural and migratory context is now a reality with a recognized expression both at a global and national level.

In all cultures maternity is one of the most important event in women's life. For this reason, there are numerous cultural practices around pregnancy and childbirth in different human groups and the association of pain with this event is inevitable. The pain of giving birth is an experience as old as human existence itself and results from a set of subjective and individual physiological, psychological and sociocultural factors assuming different manifestations and feelings.

Given the importance and risks associated with pregnancy and childbirth, each culture has developed a specific health care method for this event, however, due to historical circumstances that led to the spread of western civilization, the biomedical system was introduced in modern societies becoming official in almost all sociocultural contexts without due respect for the traditional systems of maternal health care that remain marginalized.

Due the growing cross-cultural phenomenon that is occurring in the Portuguese population, transcultural nursing has become a key component in the health area and a demand on nursing care. The increasing number of patients of different cultures creates a major challenge for nurses by requiring them to provide individualized and holistic care based on each client's cultural needs. This encourages nurses to understand cultural differences in health concept, beliefs and customs.

This document is part of the 6th Midwifery Master's and Specialization Course of ESEL and describes the acquired knowledge during the internship at Obstetrics/Gynecology Emergency Services and Maternity Unit of two different health institutions. In order to elaborate this report, a descriptive and reflexive methodology was chosen for the activities previously structured in the Clinical Teaching with Internship Report.

Keywords: Parturition, Labor Pain, Cultural diversity, Transcultural nursing, Nurse Midwives

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Parto normal: da Essência à Cultura	14
1.2. A Cultura como fator que influencia a percepção da Dor no trabalho de parto.....	16
1.3. Multiculturalidade.....	19
1.4. Fenómeno migratório e Políticas migratórias em Portugal	20
1.5. Enfermagem Transcultural – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger	24
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	29
2.1. Prática baseada na evidência	30
2.2. Prática reflexiva	36
3. ANÁLISE SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	38
3.1. Desenvolver Competências para prestar Cuidados Especializados de Enfermagem à mulher/ família durante os quatro estádios do trabalho de parto em contexto hospitalar	40
3.2. Desenvolver Competências para prestar Cuidados de Enfermagem Especializados ao recém-nascido.....	49
3.3. Desenvolver Competências para prestar Cuidados de Enfermagem Culturalmente Sensíveis em contexto de trabalho de parto	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APÊNDICES

Apêndice I: Quadro de análise dos artigos da Revisão da Literatura

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1 – Escala de Faces	18
Fig.2 - Modelo Sunrise	27
Fig.3 – Fluxograma da RSL	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas de Políticas de integração de imigrantes (Saúde)	22
Tabela 2 - Conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1991, 2001)	25
Tabela 3 - Pergunta Plco e respetivas componentes	31
Tabela 4 –Protocolo da RSL.....	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráf. 1 - População estrangeira residente em Portugal por nacionalidade	21
Gráf.2: População estrangeira residente em Portugal no total da população portuguesa 2015 (valor absoluto e %)	21
Gráf. 3 - Distribuição da população estrangeira residente em Portugal, por NUTS II, 2011	40

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inerente ao 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Tem como objetivo desenvolver a capacidade de síntese e reflexão crítica acerca do trabalho desenvolvido no Estágio com Relatório, que decorreu em contexto de Bloco de Partos, sendo efetuada a análise das atividades que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, assim como, os fatores favoráveis/desfavoráveis ao meu percurso formativo. Tem ainda como finalidade proceder à discussão pública com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o disposto no Despacho nº 1482/2010, de 21 de janeiro de 2010, assim como a obtenção do título de Enfermeira especialista pela Ordem dos Enfermeiros.

Partindo destes pressupostos e de forma a contribuir para o desenvolvimento de Competências Específicas, assim como promover o aperfeiçoamento das práticas de cuidados fomentando a sua qualidade, foram delineados objetivos de forma a:

- Desenvolver competências para o exercício de EEESMO, descritas pela ICM e pela Ordem dos Enfermeiros, que não foram possíveis desenvolver em estágios anteriores, e que se encontram plasmadas no Regulamento nº 127/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série N.º35 de 18 Fevereiro de 2011 e, consequentemente, dar cumprimento aos requisitos previstos na Diretiva n.º 80/155/CEE de 21 de Janeiro, alterada pela Diretiva 2013/55/EU, de 20 de Novembro, no que concerne à formação de “Parteira” pela Comunidade Europeia;
- Dar resposta aos objetivos descritos no Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório 2015/2016, assim como às minhas necessidades e interesses pessoais.

A temática de interesse aqui apresentada e desenvolvida é resultado das minhas inquietações pessoais e profissionais e derivou do meu percurso enquanto Enfermeira, desencadeando a necessidade de pesquisar e refletir sobre a mesma, relacionando as vivências dos indivíduos no parto com a sua identidade/diversidade cultural, fenómeno que caracteriza a realidade dos profissionais de saúde enquanto prestadores de cuidados.

Ao longo de alguns anos de atividade profissional constatei que os contextos de cuidados de saúde se caracterizam pela afluência de pessoas com múltiplas origens culturais. Em diversas ocasiões, senti por parte dos profissionais de saúde dificuldades na prestação de cuidados culturalmente sensíveis, relacionadas com o desconhecimento de outras/novas características étnicas e culturais. Desta forma e de acordo com Machado, Pereira & Machaqueiro (2010) do Alto Comissariado para a Saúde em Portugal, enfatiza-se a importância da ação dos Enfermeiros e das suas competências culturais para o desenvolvimento de cuidados de proximidade aos imigrantes, no contexto da comunidade onde estão inseridos.

Nos princípios subjacentes à prática clínica dos Enfermeiros, de acordo com a diversidade cultural das pessoas, o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009a) refere que, no que concerne ao respeito dos valores humanos, estes profissionais têm o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (artº 81º, alínea a). Na alínea f) do mesmo artigo, salienta-se a necessidade do respeito pelas opções políticas, culturais, morais e religiosas das pessoas cuidadas, pressupondo-se o conhecimento e a mobilização deste tipo de dados, no planeamento dos cuidados de enfermagem.

Perante o supracitado e enquadrando no meu foco de estudo, a Associação Europeia de Parteiras (2009) defende que a mulher tem direito a vivenciar o parto como um momento único, individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, de modo a fortalecer os aspetos do processo fisiológico normal do nascimento (FAME & APEO, 2009). Assim sendo, a temática por mim eleita foi “*Os Fatores Culturais e a Vivência da Dor no Parto - Implicações para a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*”.

A experiência de “dar à luz” é um momento singular e uma experiência muito significativa na vida de uma mulher. Esta experiência é tão marcante que durante anos, o acontecimento em si, os sentimentos, as experiências vividas durante o nascimento do bebé, são lembradas nos seus mínimos detalhes (Kitzinger, 1995).

A representação social do parto identifica-o como uma etapa dolorosa no processo fisiológico da gravidez, sendo a resposta comportamental influenciada por vários fatores como os ambientais e socioculturais. É fundamental compreender as dimensões da dor tendo em conta, não apenas os seus aspetos fisiológicos, mas também a sua componente cultural que difere de mulher para mulher de acordo com as

representações e interpretações sociais que lhe são transmitidas de geração em geração (Pereira, Franco & Baldin, 2011).

Sendo um evento marcante, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo, exigiu que o seu modelo de assistência tenha evoluído ao longo dos tempos com o objetivo de melhorar a saúde perinatal. Durante o século XX, os avanços científicos e tecnológicos alteraram as nossas vivências, inclusive a maneira de nascer, o que muitas vezes leva à utilização excessiva dos meios tecnológicos em detrimento do que a natureza estabelece.

Atualmente, existem ainda, costumes e preconceitos que influenciam e condicionam a mudança de conduta dos profissionais de saúde no parto, sendo que, muitas mulheres sentem que os seus receios não são atendidos e respeitados, procurando assim outras formas de parir que envolvem mais autonomia e responsabilidade no momento do nascimento (FAME & APEO, 2009).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012), os EEESMO encontram-se numa posição privilegiada para intervir nos esforços de Humanização de cuidados em prol da mulher e da criança através de intervenções e procedimentos capazes de melhorar os cuidados de saúde e os seus *outcomes*. Para Zampiere (1999) Humanizar, é o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspetos: a sensibilidade, o respeito e a solidariedade.

O EEESMO com a sua capacidade de inovação, conhecimentos e competências, apresenta as ferramentas necessárias para garantir a qualidade dos cuidados, sendo que, o grande desafio é reformular métodos e técnicas que se revelaram não beneficiar os cidadãos, ajustando-as de acordo com as necessidades individuais. Assim, para que os cuidados sejam eficazes e competentes é essencial que o Enfermeiro compreenda os valores culturais, as crenças e modos de vida dos utentes, especialmente nas grávidas, parturientes e puérperas facilitando a implementação do plano terapêutico.

O Estágio com Relatório teve a duração de 18 semanas e decorreu entre 29/02/2016 e 08/07/2016, sendo este período dividido entre duas unidades hospitalares distintas, uma na região da grande Lisboa e outra na região do Algarve.

O presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos principais, onde será realizado o respetivo Enquadramento Conceptual, o Enquadramento Metodológico

e Aquisição e desenvolvimento de Competências Específicas, seguindo-se as respetivas Considerações finais.

No enquadramento conceptual irei procurar analisar todas as áreas que possam contribuir para a clarificação da temática, entre elas: a Cultura como fator que influencia a perceção da Dor no trabalho de parto, o fenómeno da Multiculturalidade e os fenómenos migratórios em Portugal e o Modelo Conceptual que serviu de base para a realização deste trabalho - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger.

O Enquadramento Metodológico incidirá sobre a prática baseada na evidência, onde será apresentada a revisão da literatura e a prática reflexiva sobre o percurso realizado e a sua importância no meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira Especialista.

Na aquisição e desenvolvimento de Competências Especializadas serão relatadas e refletidas as atividades desenvolvidas para mobilizar e consolidar as aptidões técnico-científicas na prestação de Cuidados Especializados à mulher/família no trabalho de parto, Cuidados Especializados ao RN e, de uma forma mais dirigida, o desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados Culturalmente Sensíveis. Serão também abordadas as características dos locais onde o Estágio com Relatório foi realizado, justificando a sua escolha e o seu importante contributo para alcançar os objetivos propostos. Estes objetivos foram traçados aquando da elaboração do Projeto de Estágio com Relatório de modo a adequar e melhorar o desenvolvimento das atividades tendo em vista a obtenção de resultados favoráveis perante esses objetivos.

Por fim serão efetuadas as considerações finais em que se consolida o percurso realizado com as aprendizagens e os progressos adquiridos.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A *United Nations Population Fund* (UNFPA) e a *International Confederation of Midwives* (ICM), no seu relatório de 2006, anunciam orientações políticas e programas para países que pretendam melhorar os serviços de obstetrícia, sobretudo na comunidade, definindo a parteira como o profissional de eleição para produzir cuidados de saúde na comunidade, prescrevendo intervenções necessárias e indispensáveis para salvar a vida das mães e das crianças (Campbell & Graham, 2006). A parteira promove comportamentos de saúde saudáveis, tanto nas mulheres como nos homens, que procuram aconselhamento em diferentes aspetos de saúde, nomeadamente na contraceção, nutrição, e cada vez mais, na saúde sexual e reprodutiva (Padmanathan, Liljestrand & Liljestr, 2002).

De acordo com um estudo realizado por Hunter (2009) e através da utilização da escala *Positive Presence Index* (PPI), os cuidados prestados às mulheres em trabalho de parto por uma enfermeira parteira distinguem-se por múltiplas qualidades, como a alta capacidade intuitiva, sensibilidade, conhecimento, competências especializadas e validação de experiências subjetivas e individuais, refletindo uma atenção personalizada e permanente para com a mulher. Este indicador constitui um aspeto muito significativo no que concerne à qualidade dos cuidados pois, conforme é sabido, os Enfermeiros são os profissionais de saúde com maior permanência nos hospitais e maternidades, podendo acompanhar as parturientes a tempo inteiro.

Cuidar, em trabalho de parto, implica uma responsabilidade social envolvente e humanizante, que identifica todas as necessidades da mulher e futura mãe. Assim sendo não deverão ser tidos em conta apenas os critérios fisiológicos, importa, para além de uma mãe e recém-nascido saudáveis, a forma como cada mulher vive a situação, como ela se sente após essa experiência e as marcas que vão ficar na sua memória.

1.1. Parto normal: da Essência à Cultura

As transformações que atravessam os tempos e as culturas têm reflexos visíveis na conceção do processo de ser mãe. A morte e o nascimento são alguns dos maiores dilemas da nossa existência e estão na origem de inúmeros ritos culturais.

A prática de rituais que envolvem o nascimento, revela conceções construídas culturalmente, no que respeita a várias dimensões como a relação mães-filhos, gestão e estratégias de *coping* perante a dor e a própria natureza da estrutura familiar (Davis-Floyd, 2004). Assim sendo, a maternidade como modelo cultural é fruto dos modelos familiares que se vão transformando em prol das exigências sociais, económicas, políticas e religiosas, constituindo-se como ponto de confluência da complexidade entre processos biológicos e culturais.

Na realização de qualquer atividade, as dimensões fisiológicas e culturais estão unificadas. A afirmar essa ligação estão as normas, valores, símbolos e mitos, o que significa que a dimensão fisiológica está relacionada com o que há de mais cultural em cada indivíduo.

Na sociedade atual confrontamo-nos com um paradoxo entre o direito que as mulheres têm de escolher e decidir livremente sobre o que pretendem para si, como donas do seu corpo, e a afirmação de que o corpo civilizado é um corpo que socialmente deve saber conter-se e comportar-se. De acordo com Boorman, Devilly, Gamble, Creedy & Fenwick (2014), o autocontrolo é um aspeto bastante significativo nas expectativas relativamente ao nascimento e, quando a mulher se sente incapaz pode desenvolver sentimentos negativos ou frustração perante a grandiosidade do tão aguardado momento.

Uma breve análise sobre a literatura é suficiente para se constatar que toda e qualquer sociedade tem regras que regem o nascimento e modificam a universalidade dos fatos fisiológicos. Essas regras especificam e determinam o local apropriado para o parto, assim como as pessoas que o devem realizar, ajudar e assistir. Definem igualmente o comportamento mais adequado para a mulher durante o parto, assim como a sua reação ao nascimento de um filho.

A institucionalização do parto teve início na década de 40, este processo medicalizou o cenário do parto e do nascimento, onde as mulheres perderam o seu protagonismo tornando-se parturientes passivas. Este momento passou a fazer parte

integrante dos afazeres de técnicos especializados e das instituições hospitalares, rodeadas de tecnologia, onde os mesmos profissionais agem e se movimentam sob a imposição de uma cultura supostamente de risco. O hospital retirou a mulher do seu ambiente familiar em que ela dava à luz rodeada de pessoas como a sua própria mãe, que funcionava como conselheira e elemento de suporte baseada nos saberes da sua própria experiência. Atualmente, em última análise, a mulher é um corpo grávido que precisa ser controlado de forma a obedecer à mecânica de um parto tecnicamente manipulado (Pereira, 2007).

Pereira defende ainda que a aceitação das repercussões deste modelo de cuidados deve-se essencialmente ao facto do hospital ser o local social estruturado para a vigilância e prevenção do risco. Fomentou-se um enorme investimento na especialização face ao nascimento e ao corpo humano, mas este fenómeno implica a adesão a um modelo de atenção fragmentado que dá ênfase às várias partes do corpo grávido, de forma independente, produzindo-se uma compreensão reducionista da pessoa que vive um processo social desinserida do seu contexto.

Em termos fisiológicos a gravidez na mulher dura cerca de 40 semanas. Nessa altura o organismo materno desencadeia uma série de mecanismos que têm como finalidade a expulsão do feto e restantes produtos da concepção (Graça, 2010). A gravidez normal culmina no parto que é definido pela FAME (2006) como

um processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo (APEO 2008, p.20).

O parto não é um acontecimento momentâneo, pelo contrário, ele faz parte de um conjunto de fenómenos que se estendem por um período de tempo, a que se chama trabalho de parto. Podemos dizer que uma grávida está em trabalho de parto quando surgem contrações dolorosas e rítmicas que se estendem a todo o útero, de frequência e intensidade crescentes e que produzem o apagamento e dilatação do colo uterino e a expulsão dos produtos da concepção para fora do organismo materno (Lowdermilk & Perry, 2008).

A DGS (2015) define três estádios de trabalho de parto:

- **Fase de latência:** Inicia-se no momento em que a grávida percebe a existência de contractilidade uterina rítmica e regular e termina aos 4 cm de dilatação cervical;

- **Fase ativa** (primeiro estágio do TP): Inicia-se aos 4 cm de dilatação cervical e vai até à extinção/apagamento praticamente total do colo;
- **Período expulsivo** (segundo estágio do TP): Inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto.

Durante o parto, é frequente que a mulher experimente várias emoções como excitação, ansiedade ou medo. Segundo a FAME e APEO (2007), se as mulheres se sentem intimidadas pelo ambiente que as rodeia, o parto pode prolongar-se devido a uma redução da contractilidade uterina, assim, cuidar do ambiente onde se encontra a parturiente e das suas necessidades individuais, pode contribuir para que o parto se desenvolva de uma forma mais satisfatória e gratificante para a mulher.

Desenvolver aptidões para compreender a pessoa na complexa interação das dimensões que a constituem, como a social, cultural ou biológica, proporcionam competências para o estabelecimento de uma relação de parceria associada à prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade. Kérouac Pepin & Ducharme (1994) defendem que os cuidados de enfermagem devem ter como princípios fundamentais o respeito pela unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano. Os cuidados de enfermagem são prestados a uma pessoa e não à sua doença ou desequilíbrio, a pessoa é reconhecida como membro de uma família e de uma comunidade, sendo, portanto, reconhecida como participante ativa no seu autocuidado.

1.2. A Cultura como fator que influencia a percepção da Dor no trabalho de parto

A Dor do parto é uma experiência humana tão antiga quanto a própria existência do homem. Ainda hoje constitui uma realidade inerente ao parto e continua a ser vivida com grande frequência pelas mulheres que dão à luz.

De acordo com o *International Association for the Study of Pain*, a dor é definida como uma experiência biopsicossocial. É importante compreender que esta é uma experiência subjetiva com componentes distintas: afetiva, cognitiva, comportamental e sensorial. Fisiologicamente é a expressão de lesão ou de defesa perante uma agressão real ou potencial. A manifestação do indivíduo perante a dor tem uma interpretação emocional e social formatada pela cultura (IASP, 2005).

A dor durante o TP representa um fenómeno único devido à sua associação a um processo fisiológico normal. Quando esta se desencadeia funciona como um mecanismo que alerta a mulher para a iminência do parto, iniciando-se por isso os preparativos que começam por procurar um local “seguro” para parir, cercando-se de pessoas que lhe transmitem confiança.

É muito frequente que ao falar-se sobre o parto surja uma ambivalência de sentimentos, pois o imaginário coletivo refere-se predominantemente ao processo físico, remetendo para a dor intensa. Esta é uma ideia que tem sido transmitida de geração em geração (Rossi, Aissa, Oba, Pinto & Scanduzzi, 2013). Por outro lado, o parto está também relacionado com a maternidade, a génese de uma nova vida e tem por isso uma relação tendencialmente positiva para o senso comum (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2005).

Mamede, Almeida, Sousa & Mamede (2007), reforçam que a dor experimentada pela mulher durante o TP é uma experiência subjetiva, onde se podem identificar comportamentos diferentes que variam segundo a cultura e a época. Neste contexto Joaquim (2006, pg.41) afirma que “as dores de parto mudam de sentido consoante os contextos antropológicos. Se não falo do parto sem dor é porque ele pode não ter, ou não tem sentido noutras culturas”.

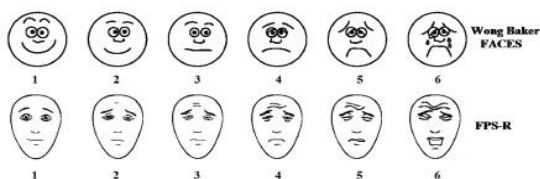
Apesar da grande evolução que se deu na compreensão anátomo-fisiológica da dor, assim como no desenvolvimento de métodos sofisticados de a controlar, existe a consciência de que a vivência da dor permanece como um fenómeno bastante atual e em contante investigação. De acordo com Walsh (2012), o modelo biomédico dos cuidados resultou na medicalização do parto com o aumento das taxas de analgesia epidural, existindo a suposição pré-concebida que este evento implica sofrimento, pelo que se exige a sua eliminação.

A intensidade da dor é talvez a mais importante das suas características e a DGS (2013), determina como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. Há, no entanto, que ter em conta que uma avaliação adequada deve ser dirigida não sobre o estímulo, mas sim sobre a resposta, isto é, a experiência subjetiva e os comportamentos observáveis. Assim sendo, a sua avaliação é sobretudo inferencial, é realizada maioritariamente pela interpretação dos vários comportamentos, sendo para isso

necessário que a pessoa se expresse, torne público, compartilhe uma expressão verbal ou não verbal.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, sendo para isso possível recorrer a instrumentos devidamente testados. Como exemplo temos as escalas visuais ou de faces que são facilmente aplicáveis em contexto de sala de partos, permitindo eliminar possíveis barreiras linguísticas ou culturais, conforme se pode verificar na figura 1.

Fig.1 – Escala de Faces



Fonte: Wong-Baker FACES Foundation e International Association for the Study of Pain

Diversas pesquisas realizadas na década passada apontam como preditores chave para a experiência da dor de parto, a autoeficácia e o autocontrolo da mulher durante o trabalho de parto em experiências prévias, ou a sua tendência para entender a dor como um fenómeno catastrófico e a sua suscetibilidade à ansiedade (Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf & Spinhoven, 2011). A interpretação da mulher relativamente ao ambiente social ou a comunidade a que pertence também irão influenciar a sua experiência e surgem evidências de que as parturientes que são acompanhadas pela mesma equipa de forma continuada, com quem se sentem emocionalmente ligadas, tendem a ter uma experiência mais positiva e usam menos analgesia (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012). Além disso, o ambiente cultural, as filosofias de parto e abordagem à dor no local onde são assistidas, influenciam igualmente a sua experiência e o recurso, a analgesia por parte da mulher (Christiaens, Verhaeghe & Bracke, 2010).

Enquanto profissionais de saúde, é importante promover um ambiente facilitador e integrador, evitando sentimentos como a ansiedade, receio ou stress que estão associados a um ambiente desconhecido. Perante este inconveniente, a mulher desenvolve uma reação instintiva de defesa, que é descrita na literatura como reação *fight or flight*, levando à produção de adrenalina e inibição da produção de endorfinas e ocitocina aumentando os seus níveis de dor (Garner, 2011). Desta forma, para uma melhor assistência ao parto é fundamental envolver a mulher nos seus cuidados e saber

quais os aspetos culturais envolvidos. Este procedimento permite que possamos conhecer e trabalhar o processo doloroso, assumindo-o como um elemento natural.

Os EEESMO detêm conhecimentos e competências que lhes permitem proporcionar experiências de parto positivas e gratificantes, podendo recorrer a estratégias como o desenvolvimento de uma relação de confiança, apoiar e informar a mulher, permitir a presença de pessoas significativas, favorecendo um ambiente tranquilizador e acolhedor que vise a promoção do parto normal conforme descrito no documento da OE “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada” (2012): “Facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os seus benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários”.

1.3. Multiculturalidade

As sociedades de hoje são cada vez mais diversificadas culturalmente e Portugal não é exceção, verificando-se este fenómeno no quotidiano. As sociedades atuais são confrontadas com um número crescente de populações estrangeiras, originárias de diferentes culturas e portadoras de costumes e línguas específicas. Tanto a globalização como a mobilidade das populações aumentaram sem precedentes, os contactos entre as culturas e a coabitação entre diferentes grupos étnico-culturais e seus modos de vida, contribuíram para a multiculturalidade das sociedades.

Quando falamos em diversidade cultural é essencial ter presente uma definição de cultura, que, segundo a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO, 2002) deve ser entendida como um conjunto de dimensões espirituais, materiais, emocionais ou intelectuais de sociedades ou grupos particulares, que se projeta na arte e literatura, nos estilos de vida, quadro de valores, tradições e crenças.

Assim sendo, cada cultura é caracterizada por sistemas simbólicos próprios, resultantes da interação social dos seus elementos e da manipulação cultural, tratando-se de uma espécie de apropriação do mundo, em que, tais sistemas simbólicos só adquirem significado inseridos nas unidades culturais a que pertencem, não havendo universalidade na sua perceção (Monteiro 2005).

Ao imigrar, o indivíduo experimenta uma sensação de “luto cultural” ao qual estão associados sentimentos de angústia e tristeza, mais ou menos significativos,

conforme a qualidade do processo migratório e adaptativo. Na sociedade de acolhimento o imigrante é confrontado com diversas mudanças: a nível psicológico (a cultura, o espaço e ambiente físico), no âmbito político (com a perda de autonomia), na vertente económica (emprego), no sector cultural (língua, religião) e no campo social, entre outros (Ramos, 2008).

Assim sendo, implícita à imigração, está uma cultura diferente à qual a pessoa terá que se adaptar psicológica e socialmente, atravessando um processo gradual que implica aprendizagem e que se define como aculturação que é “o conjunto de transformações culturais resultantes dos contactos contínuos e diretos entre dois ou mais grupos culturais independentes” (Redfield *et al.*, 1963 in Ramos, p. 60, 2008).

Do encontro relacional entre a população imigrante e a população de acolhimento, podem resultar quatro formas de adaptação, derivando quatro estilos de aculturação: A *assimilação*, a *integração*, a *separação* e a *marginalização* que divergem na forma como os indivíduos preservam parte da sua cultura de origem, a segregam ou integram no seu novo contexto cultural (Ramos, 2008).

Perante o supramencionado, é fundamental promover políticas de integração de forma a que as partes envolvidas se adaptem, sem práticas hostis nem de marginalização, preservando referências da sua cultura natal, para que a população imigrante deixe de ser o grupo da Europa mais vulnerável (Machado, Santana, Carreiro, Nogueira, Barroso & Dias, 2006).

1.4. Fenómeno migratório e Políticas migratórias em Portugal

Conforme previamente referido, vive-se atualmente um tempo marcado pelas migrações, correspondendo as migrações internacionais a uma parte integrante da globalização. O impacto das migrações internacionais, são múltiplos, tendo inerentes a diversidade cultural das sociedades, o aprofundamento das relações entre países, o empreendedorismo, a inovação e os efeitos diretos na demografia.

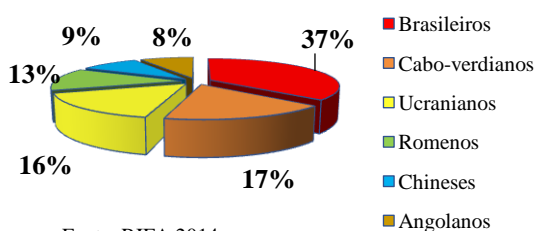
De acordo com o Plano Estratégico para as Migrações (PEM) 2015-2020, os fluxos migratórios em Portugal apresentam uma variabilidade notável ao longo dos últimos anos. O perfil migratório do nosso País alterou-se profundamente desde os anos 60 do século passado. De um país fortemente marcado pela emigração, transformou-se, na década de 90 do mesmo século, num país muito procurado por imigrantes para

viverem e trabalharemos. Torna-se assim claro que a política de imigração em Portugal deve adaptar-se a estes novos perfis migratórios, sendo necessário consolidar o trabalho de acolhimento e de integração e sobretudo, intensificar esforços na correta integração das várias gerações de imigrantes, relativamente aos quais a inclusão profissional e a cidadania são aspetos fundamentais (PEM 2015-2020).

Apesar de se verificar uma tendência de decréscimo populacional residente em Portugal, o último recenseamento da população realizado pelo Instituto Nacional de Estatística - Censos 2011 - reafirmou o contributo positivo da população estrangeira para a demografia portuguesa. Nos últimos 10 anos, a população cresceu 2% (206.061 indivíduos), sobretudo como consequência do saldo migratório (que explica 91% desse crescimento). Os estrangeiros têm sido responsáveis não só pelo aumento de efetivos em idade ativa, mas também por uma percentagem significativa dos nascimentos em Portugal.

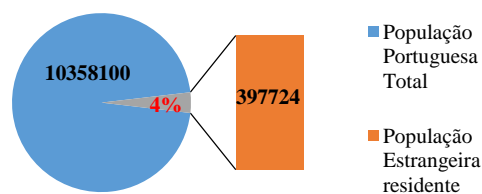
De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF 2014), no Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo (RIFA), verificamos que no contexto atual das migrações, Portugal assume-se como um país de “regime misto” ao ser recetor e emissor de migrantes. De acordo com este relatório, no final de 2014, a população estrangeira residente em Portugal totalizava 395 195 cidadãos. A nacionalidade brasileira, com um total de 87.493 cidadãos, mantém-se como a principal comunidade estrangeira residente, seguindo-se a nacionalidade cabo-verdiana com 40.912 cidadãos, a ucraniana com 37.852 e a romena com 31.505. A comunidade chinesa passou a ser a quinta mais relevante com 21.402, suplantando a angolana com 19.710, como podemos verificar no gráfico 1. O gráfico 2 apresenta o número de cidadãos estrangeiros residentes, no total da população portuguesa em 2015, dando-nos a o valor percentual correspondente.

Gráf. 1 - População estrangeira residente em Portugal por nacionalidade



Fonte: RIFA 2014

Gráf.2: População estrangeira residente em Portugal no total da população portuguesa 2015 (valor absoluto e %)



Fontes/Entidades: INE, SEF/MAI, PORDATA

Relativamente à estrutura da população estrangeira por género, a mesma apresenta uma configuração próxima da igualdade, com ligeira predominância do sexo feminino. Quanto à faixa etária é de evidenciar a supremacia do um grande grupo etário entre os 20-39 anos (173.114), representando a idade fértil, associado à superioridade do sexo feminino (53,0%). Como resultado desta conjugação, os dados das Estatísticas demográficas de 2014 refletem que entre 2008 e 2013, 7,5% do total de nados vivos eram filhos de pais estrangeiros (INE, 2016).

A importância das mulheres nos movimentos migratórios contemporâneos é hoje um dado reconhecido nos estudos sobre as migrações, sendo que em Portugal, as mulheres imigrantes representam cerca de 51,5% da população imigrante (SEF, 2014). A elevada percentagem de mulheres estrangeiras em idade fértil vem reforçar a importância dos cuidados culturalmente sensíveis e culturalmente congruentes no âmbito da área de atuação do EEESMO.

Com vista a dar resposta a estas necessidades, o PME 2015-2020 definiu as medidas apresentadas na tabela seguinte, que se destinam a implementar especificamente na área da saúde:

Tabela 1 – Medidas de Políticas de integração de imigrantes (Saúde)

Nº	Medida	Ação
26	Clarificação da aplicação do quadro normativo relativo ao acesso de imigrantes, em situação documental irregular, ao Serviço Nacional de Saúde (Elaborar despacho ministerial que clarifique a situação.
27	Implementação e monitorização do Manual de Acolhimento no Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros.	Assegurar a implementação do Manual de Acolhimento no Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros junto dos serviços e dos imigrantes
28	Incremento da monitorização da saúde em populações vulneráveis, nomeadamente imigrantes	Elaborar um estudo transversal
29	Criação de informação acessível sobre o sistema de saúde.	Criar brochuras de informação e disponibilizar informação na página eletrónica da Direção Geral de Saúde (DGS) e Portal da Saúde, em vários idiomas, sobre o sistema de saúde e em matéria de direitos de cidadania e saúde nos diferentes países Divulgar, através da rede consular portuguesa, informação sobre os direitos dos migrantes aos serviços de saúde locais e ao sistema nacional português, através de brochuras de informação disponibilizadas na página eletrónica da DGS e

		Portal da Saúde, em vários idiomas.
30	Celebração de protocolos para a mediação intercultural no âmbito do acesso dos imigrantes ao SNS	Celebrar protocolos com Organizações Não Governamentais (ONG), Instituições Particulares de Responsabilidade Social (IPSS), municípios, ACM, I.P.
31	Promoção de formação a profissionais de saúde acerca das necessidades dos migrantes na área da saúde.	Realizar ações de formação específicas
32	Melhoria do conhecimento nacional e europeu na área da saúde dos migrantes	Promover investigação no domínio da saúde dos Migrantes

A medida 31 sugere a realização de ações de formação, numa tentativa de colmatar as necessidades dos profissionais de saúde, em conhecimentos que dizem respeito às especificidades dos diversos migrantes no âmbito da saúde. A crescente população transcultural em Portugal representa um significativo desafio para os Enfermeiros que prestam cuidados individualizados e holísticos aos seus utentes. Isso requer que o Enfermeiro reconheça e valorize as diferenças culturais na área da saúde relativamente aos valores, às crenças e aos costumes, sendo que, e de acordo com Vilelas & Janeiro (2011), os cuidados de enfermagem culturalmente competentes ajudam a garantir a satisfação do utente e, consequentemente, a atingir ganhos em saúde.

A medida 32 lança um desafio à investigação e ao consequente desenvolvimento da competência cultural que se determina como a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim de se poder prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas, ter conhecimentos específicos sobre os utentes com diversas culturas, garantindo assim um cuidado holístico e cultural de enfermagem (Vilelas & Janeiro, 2011).

Os mesmos autores referem ainda que:

enfermagem transcultural tornou-se uma componente chave na área da saúde e uma exigência por parte dos Enfermeiros de hoje, devido ao crescimento do fenómeno transcultural que está a ocorrer na população portuguesa. Com efeito, têm-se registado nas últimas décadas alterações importantes, quer em termos absolutos de fluxos migratórios, com inversão do saldo migratório, quer também na composição étnico-cultural das comunidades migrantes instaladas no nosso país.

(Vilelas & Janeiro, 2011, pg. 121)

1.5. Enfermagem Transcultural – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger introduziu o conceito de Cuidado Transcultural em Enfermagem e desenvolveu a Teoria de Médio Alcance intitulada Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Foi a primeira tentativa na profissão de enfermagem para destacar a necessidade de Enfermeiros com competências ao nível cultural.

As ideias de Leininger começaram a ser desenvolvidas durante a década de 50, quando se deparou com um choque cultural que a fez despertar para a necessidade de compreender os fatores culturais que se repercutiam no comportamento das crianças de diferentes culturas que estavam sob os seus cuidados (Oriá, Ximenes, & Pagliuca, 2007). Segundo a autora, a cultura é o meio mais alargado de compreender as pessoas, sendo este conhecimento central à prática de enfermagem. São os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o seu pensamento, as suas decisões e as suas ações de maneira padronizada (Leininger, 1991).

A cultura influencia igualmente a saúde, já que esta é um estado de bem-estar culturalmente definido, o qual reflete a capacidade que os indivíduos possuem para desempenharem as suas atividades diárias de forma benéfica e padronizada (Leininger, 2001, Leininger & McFarland, 2005).

Defendendo o Cuidar como essência da enfermagem, Leininger refere que este é o elemento unificador e distintivo da profissão. A corroborar com a sua perspetiva de cuidados e aliados às competências específicas do EEESMO, a ICM (2013) determina na **competência nº2** que, “as parteiras oferecem educação e serviços de saúde de alta qualidade e culturalmente sensíveis para todos na comunidade, a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidez planeada e parentalidade positiva”(ICM, 2013, p.6). De salientar que em todo o documento é exaltada a importância da componente cultural e o respeito pela mesma, estando contemplado em todas as competências descritas.

A definição de enfermagem transcultural é apresentada por Leininger em 1979, como sendo um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, tendo como finalidade proporcionar um serviço de

atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas, de acordo com os seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença.

A autora define dois sistemas de cuidados: o genérico e o profissional. O sistema genérico de cuidar refere-se ao conhecimento de competências tradicionais e populares transmitidas através da cultura e usadas nos cuidados dos indivíduos ou grupos. O sistema profissional diz respeito à transmissão formal de cuidados profissionais de conceitos como saúde, doença e bem-estar, assim como conhecimentos e competências relativas a instituições profissionais (Leininger, 2001).

Leninger (1991), define ainda os principais conceitos da sua Teoria de forma a operacionalizar os cuidados de enfermagem capazes de compreender as visões do mundo dos clientes, promovendo uma enfermagem mais humanizada conforme se apresenta na tabela seguinte.

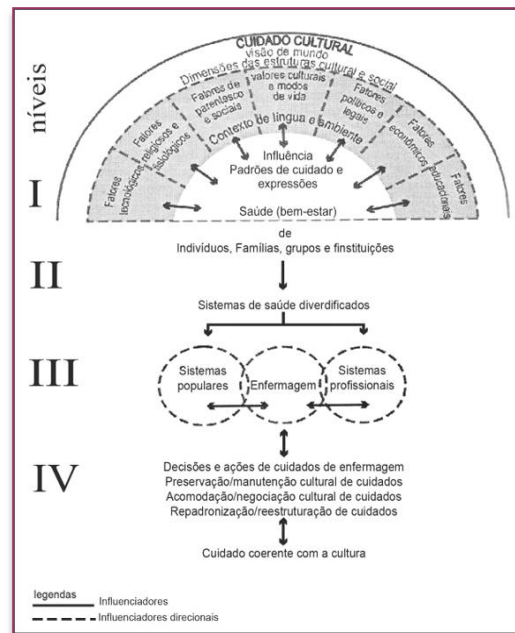
Tabela 2 - Conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1991, 2001)

Conceitos	Definições
Cuidar	Ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana, ou para encarar a morte.
Cultura	Valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos, pertencentes a um grupo específico que orienta pensamentos, decisões e ações de forma padronizada.
Cuidar cultural	Valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a saúde e o bem-estar, a melhorar a condição humana e o modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte
Diversidade do Cuidar Cultural	Variabilidades e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro de ou entre as coletividades que estão relacionadas com as expressões do cuidar humano de auxílio, suporte e capacitação.
Universalidade do Cuidar Cultural	Significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidar uniformes comuns, semelhantes ou dominantes que se manifestam entre muitas culturas e refletem formas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras para ajudar as pessoas.
Enfermagem	Disciplina e profissão humanística e científica aprendida, centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o bem-estar (ou saúde), de formas culturalmente significativas e benéficas, ou a ajudar as pessoas a encarar handicaps ou a morte.

Dimensões da estrutura cultural e social	Padrões e aspetos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma cultura específica (subcultura ou sociedade), que inclui valores religiosos, de parentesco (sociais), políticos (e legais), económicos, educativos, tecnológicos e culturais, fatores etnohistóricos e a forma como estes fatores podem estar inter-relacionados e funcionar, de modo a influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais.
Contexto ambiental	É a totalidade de um evento, situação ou experiência específica que confere significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais.
Etnohistória	Fatos, eventos, circunstâncias e experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que são principalmente centradas nas pessoas (etno) e que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida do ser humano dentro de contextos culturais específicos e durante períodos longos ou curtos.
Sistema(s) profissional(ais) de cuidar	Diz respeito ao ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional, da saúde, doença, bem-estar, conhecimentos relativos e competências de práticas que prevalecem nas instituições profissionais, habitualmente com pessoal multidisciplinar para servir os clientes.
Saúde	Condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos/grupos desempenharem as suas atividades diárias, de modos culturalmente expressos, benéficos e modulares.
Preservação ou manutenção do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar, de modo a que possam manter o bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou morte.
Acomodação ou negociação do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se a ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais.
Repadronização ou reestruturação do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e as crenças dos clientes e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes.
Cuidar culturalmente congruente	Ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras cognitivamente baseadas feitas à medida para servir os valores, as crenças e os modos de vida do indivíduo, grupo ou instituições para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios.

Nos anos 70, Madeleine Leininger apresenta o Modelo Sunrise, com o intuito de esquematizar as componentes essenciais da sua teoria. Refere, no entanto, que o modelo não é a teoria, é sim, a forma de descrever as diversas componentes e suas interligações com a finalidade de facilitar a compreensão e orientar a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis. O modelo Sunrise é apresentado na seguinte figura.

Fig.2 - Modelo Sunrise



Fonte: Leopold, 1999

O Modelo Sunrise é dividido em quatro níveis, que constituem um princípio para o planeamento e execução dos cuidados e, de acordo com Leininger & McFarland (2005):

- O **nível I** é constituído pelos componentes interdependentes da estrutura cultural e social que segundo a teórica, nos leva ao estudo do significado, da natureza e dos atributos do cuidado a partir da visão do mundo do indivíduo. Incluem-se neste nível, o idioma, contexto ambiental do cliente, fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, económicos e educacionais, assim como o grau de parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais.

- O **nível II** é baseado no conhecimento do nível anterior. É a aplicação deste conhecimento à situação do cliente em estudo (indivíduo, família, grupo ou instituição), onde se observa o significado e as expressões específicas acerca do cuidado e da saúde.

- O **nível III** permite identificar e caracterizar os valores, crenças dos sistemas populares, profissionais e a enfermagem, sendo possível identificar semelhanças e diferenças, ou seja, características universais e específicas da cultura do cliente em estudo. As atividades desenvolvidas neste nível são correspondentes à elaboração de diagnósticos de enfermagem e englobam os resultados práticos deste sistema, interligando as decisões e as ações do cuidado de enfermagem.

- O **nível IV** e último, esclarece sobre as atividades do cuidado de enfermagem congruente, que devem ser divididas em três modalidades de ação ou modos de decisão:

1) Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural

Consiste em intervenções de apoio ou facilitadoras que ajudam as culturas a preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte;

2) Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural

Consiste em intervenções que assistem, acomodam ou facilitam o cuidado e que ajudam as diferentes culturas a adaptar-se ou negociar o cuidado congruente, seguro e efetivo para a sua saúde ou a lidar com a doença ou morte;

3) Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural

Consiste em intervenções e decisões mútuas, assistenciais, ou de apoio que ajudam as pessoas a reordenar, modificar ou reestruturar o seu modo de vida e as instituições para alcançar maiores benefícios em saúde.

De acordo com o supracitado, a teoria de Madeleine Leininger salienta a existência da diversidade cultural como fator que interfere significativamente no comportamento dos indivíduos e que afeta diretamente o cuidado de enfermagem. Esta teoria representa um enredo complexo e profundo nas inter-relações de enfermagem, pois exige do profissional uma visão ampla e transcendente que valorize o (re)conhecimento da cultura que é essencial para desenvolver um cuidado coerente, com as individualidades e necessidades de cada pessoa, família e sociedade.

A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO trabalha em parceria com a mulher. Este modelo de cuidados centrados na Mulher pressupõe que seja enfatizado o seu empoderamento, afirmando a sua própria força e competências pessoais. Alguns dos seus princípios fundamentais são que as mulheres são parceiras igualitárias no planeamento e prestação de cuidados, devendo dar-se-lhes oportunidade de escolha informada relativamente às opções disponíveis respeitando as suas crenças e valores (OE, 2015).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo procuro clarificar aspetos de natureza metodológica que orientaram o Estágio com Relatório. Este foi dirigido essencialmente por duas metodologias, a prática baseada na evidência e a prática reflexiva.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros e a *International Council of Nurses* (2012, p. 10), a prática baseada na evidência consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”. Esta definição vai ao encontro da de Sackett (2003), para o qual esta prática incorpora a habilidade clínica, isto é, a capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas. Inclui ainda a preferência do utente, ou seja, a integração dos seus valores, expectativas e preocupações no cuidado e nas decisões clínicas.

Segundo Pereira, Cardoso & Martins (2012), esta prática vai ao encontro do dever social da enfermagem enquanto profissão e ciência, sendo que cimenta a sua credibilidade no contexto da saúde e valida eventuais mudanças a nível político no âmbito da saúde.

A prática reflexiva por sua vez, valoriza a construção pessoal do conhecimento e legitima o valor do conhecimento científico na prática profissional. Tal como afirma Moreira & Alarcão (1997) a prática reflexiva ajuda o profissional a libertar-se de comportamentos impulsivos e rotineiros. A reflexão, enquanto fonte de conhecimento, surge como um momento privilegiado de integração de competências, como uma oportunidade para representar mentalmente a qualidade do produto final e apreciar a própria capacidade de agir.

2.1. Prática baseada na evidência

Uma atualização contínua dos conhecimentos e o aperfeiçoamento sistemático das competências permitem ao Enfermeiro manter o rigor técnico e científico na implementação dos seus cuidados (OE, 2012).

Para assumir a prática baseada na evidência e como o próprio conceito determina, foi elaborada uma Revisão da Literatura. Esta proporciona a atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde, auxilia na explanação das diferenças entre estudos com a mesma questão, identifica os efeitos favoráveis e desfavoráveis de determinadas intervenções da prática assistencial, bem como as áreas que apresentam lacunas do conhecimento e que necessitam de mais evidência através de pesquisas futuras (Moloney & Maggs, 1999, Galvão *et al.*, 2004).

De acordo com Fortin (2009), a fase metodológica é “a espinha dorsal” do processo de investigação e é através dela que derivam os resultados. Esta fase pressupõe a interligação entre a teoria e a prática, sendo que para isso o problema em estudo deve ser concreto e estar relacionado com experiências ou necessidades pessoais e ser exequível, de modo a facultar novos conhecimentos e novas competências a nível científico, técnico, humano, cultural e ético (Nunes, 2013).

Determinar a pergunta de investigação é um dos primeiros passos no planeamento da investigação e da pesquisa bibliográfica pois permite estabelecer a conduta de avaliação, como por exemplo, os critérios de inclusão e exclusão que são estabelecidos como resultado da questão formulada (Aromataris & Pearson, 2014).

De acordo com o *Reviewers' Manual* da *Joanna Briggs Institute* (2014), a pergunta de investigação orienta o desenvolvimento dos critérios específicos da revisão. A sua objetividade promove uma pesquisa mais eficaz e fornece uma estrutura para o desenvolvimento do relatório da revisão. Assim foi formulada a seguinte questão:

“Qual a influência dos fatores culturais na vivência do parto e na percepção da dor?”

A formulação da pergunta teve por base a mnemónica PICO: *Population, the phenomena of Interest, and the Context* (JBI, 2014), conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 3 – Pergunta PICO e respectivas componentes

ACRÓNIMO		DESCRIÇÃO DAS COMPONENTES
P	População	Mulheres
I	Fenómeno de interesse	Influência dos fatores culturais na vivência do parto e percepção da dor
Co	Contexto	Parto hospitalar

A pesquisa teve início em março de 2015, utilizando a plataforma Ebscohost e as respetivas bases de dados CINAHL e MEDLINE, assim como a Wiley online Library, ScienceDirect e Scielo, foi também realizada pesquisa de literatura cinzenta devidamente selecionada no Google Académico. Com o objetivo de obter a melhor evidência científica foram definidas as palavras-chave de acordo com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS), as estratégias de busca, as bases de dados e os autores/ obras de referência que são apresentados na tabela seguinte.

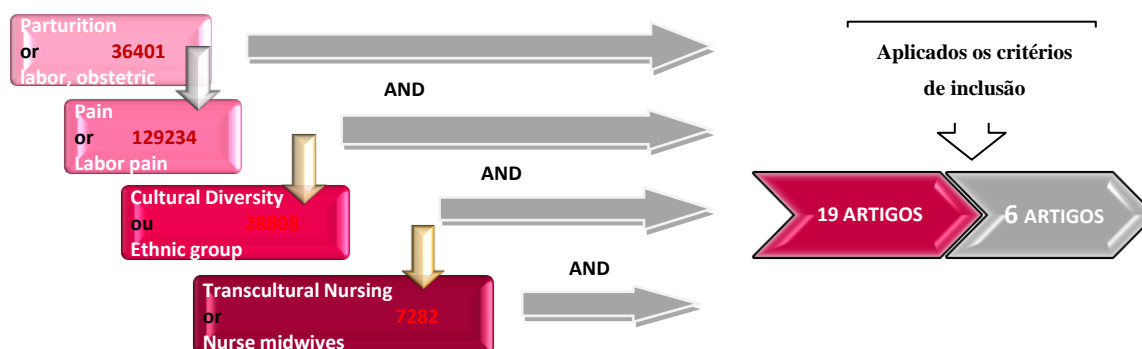
Tabela 4 – Protocolo da RSL

PERGUNTA PICO Qual a influência dos fatores culturais na vivência do parto e na percepção da dor?	Palavras-chave		<ul style="list-style-type: none"> - Parto (parturition) - Trabalho de parto (labor, obstetric) - Dor do parto (labor pain) - Diversidade cultural (cultural diversity) - Enfermagem Transcultural (transcultural nursing) - Etnicidade (ethnic groups) - Parteira (nurse midwives)
	Estratégia de busca	Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola • Texto completo disponível • Artigos relacionados com a temática
		Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos não disponíveis para consulta • Artigos duplicados • Não relacionados com a temática

		Horizonte temporal	• 2009 – 2016
		Plataformas/ Bases de dados	Ebscohost: CINAHL, MEDLINE, Scielo, Wiley online Library, ScienceDirect e Google Acadêmico
		Autores/ Obras de referência	Catálogo Bibliográfico da ESEL (Obras literárias, monografias, teses, revistas...); Organizações Nacionais e Internacionais de Referência e Literatura cinzenta

Em seguida é apresentado o fluxograma que resume a pesquisa realizada para a Revisão da Literatura e de onde resultaram os estudos seleccionados.

Fig.3 – Fluxograma da RSL



A seleção dos artigos foi temporalmente limitada entre o ano de 2009 e setembro de 2016, altura em que foi realizada a última revisão da literatura. Embora tenha sido dada primazia aos artigos mais recentes, artigos que datam de 2009 foram considerados pertinentes e relevantes, sendo, por essa razão, definido o horizonte temporal a partir desse ano.

Após aplicação da metodologia descrita e da leitura integral dos textos de 19 artigos, restaram 6 que dão resposta à questão de investigação. Os 6 artigos foram encontrados utilizando as palavras-chave enumeradas, agrupando as que fazem parte do mesmo conceito com o operador booleano OR e ligando as que pertencem a conceitos diferentes por AND.

Os quadros referentes à análise dos estudos incluídos na revisão da literatura são apresentados no Apêndice I.

De acordo com um estudo de Moore (2016), o nascimento pode ser entendido como um acontecimento delicado, em que o advir de uma nova vida pode significar o final de outra. Este tipo de fenômenos, são habitualmente envoltos numa série de práticas ou rituais destinados a proteger tanto as pessoas envolvidas, quanto a própria cultura. Esta ritualização leva as mulheres e os prestadores de cuidados, dentro de uma cultura particular, a sentir que a forma culturalmente “correta” é a única em que o parto pode ser seguro. A natureza de "correto" varia de uma cultura para outra e cria expectativas ou antecipações do nascimento. Atender a essas expectativas específicas preserva a identidade cultural e faz a mulher sentir-se segura quando dá à luz (Davis-Floyd, 2004). O autocontrole é um aspeto importante na expectativa de nascimento nas mulheres e em todas as culturas, as mulheres têm definições diferentes de "controle", sendo que, determinadas mulheres descreveram o controle como manter a calma, estar cientes dos eventos, cooperar com a parteira, contribuir para o progresso do trabalho de parto e controlar a dor, outras optam por orar e outras ainda chorar e gritar para lidar com a dor.

A cultura é um conhecimento adquirido que é usado para interpretar experiências e para tomar decisões sobre o comportamento social (Davis-Floyd, 2004). O sistema de saúde é descrito como uma cultura independente, com os seus próprios valores e conhecimentos e que pode ser muito discrepante das realidades culturais onde está inserido.

Relativamente à dor no TP, Moore (2016) refere no seu estudo que este conceito é maioritariamente orientado pela cultura, sendo que cada pessoa se comporta de forma diferente de acordo com os valores culturais sobre os quais foi educada. Em conclusão, a compreensão dos rituais multiculturais que envolvem o nascimento ocorre durante a infância. Esta é afetada por fenômenos como a imigração, difusão da cultura ocidental e, possivelmente, por diferentes experiências relacionadas à classe, educação, raça ou etnia. Persiste, no entanto, alguma discordância sobre como definir o tipo de tratamento respeitoso, mesmo entre mulheres de diferentes raças que vivem no mesmo país ou membros do mesmo grupo cultural.

No seguimento das conclusões apresentadas no estudo anterior, McFadden, Renfrew & Atkin (2012) explicam no seu estudo que, cada vez mais as Maternidades promovem medidas que visam proporcionar cuidados culturalmente adequados e que atendam às necessidades de mulheres de diversas populações, entre elas são enumeradas

medidas que envolvem políticas e práticas que incluem o treino dos profissionais de saúde para trabalhar com populações diversas, implementar a prática baseada na evidência e proporcionar um contexto organizacional que apoie os profissionais, permitindo-lhes responder adequadamente e com sensibilidade às diversas necessidades dos seus pacientes ou população. As principais dificuldades enumeradas incluem a compreensão da etnicidade e o papel da cultura na vida das mulheres, assim como os estereótipos apresentados pelos profissionais de saúde. Os estereótipos e as suposições feitas por parte dos profissionais constituem barreiras para que as mulheres tomem decisões informadas sobre os seus cuidados e satisfaçam as suas necessidades individuais.

Este estudo incidiu sobre temas complexos que são um desafio para os serviços de saúde e demonstra como os pressupostos dos prestadores de cuidados e os estereótipos culturais resultam em serviços que não respondem às necessidades das mulheres.

A evidência apresentada pela literatura e a experiência na prática de cuidados demonstram que, durante a gravidez as mulheres, especialmente as primíparas, estão frequentemente apreensivas e preocupadas com o parto e o nascimento, assim como com a dor que pode estar associada a este evento.

Para Pereira, Franco & Baldin (2011) o parto, diferentemente da gravidez, caracteriza-se como evento que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança. Segundo as autoras, a representação social sobre o parto, identifica-o como uma etapa dolorosa do processo fisiológico da gravidez, sendo a resposta comportamental influenciada pela dimensão emocional e ambiental. Da mesma forma, os fatores socioculturais interferem no modo como a parturiente sente e interpreta esse momento.

Para Vivilaki & Antoniou (2009), o processo de parto tem enormes diferenças de cultura para cultura em todo o mundo. A atitude face à dor e alívio da dor podem afetar a saúde das mulheres e as influências culturais podem ser opressivas para a atitude das mulheres e dos profissionais de saúde, no que diz respeito à dor durante o trabalho de parto. Para estes autores, as mulheres devem desafiar os valores sociais relacionados com o alívio da dor no trabalho de parto e recuperar o poder sobre os seus corpos durante um procedimento feminino absoluto, o processo de nascimento.

Gibson (2014), refere que a dor é uma experiência biológica, psicológica e cultural que envolve tanto o estímulo psicológico como o respetivo processamento cognitivo, sendo que este ocorre inserido num determinado contexto social e cultural. A dor do trabalho de parto é específica, com duração limitada e, contrariamente a outras formas de dor, não é indicativa de patologia, mas sim parte de um processo fisiológico normal. De acordo com o estudo da autora, os fatores culturais influenciam a forma como as mulheres percebem a dor do trabalho TP e, a maior parte das vezes, este fator deve-se ao papel social e às expectativas no seu comportamento perante essa dor. Isto significa que as mulheres vão expressar-se diferentemente consoante provenham de culturas que valorizam e enfatizam a expressão da dor ou culturas que valorizem atitudes mais estoicas.

Whitburn, Jones, Davey & Small (2014), reforçam esta perspetiva e referem que a dor do trabalho de parto pode ser uma experiência paradoxal - que é tanto mais dolorosa como desejável pelo seu resultado final, o de ter um filho. Há, no entanto, uma necessidade urgente de compreender melhor a dor do parto, a fim de reforçar abordagens para apoiar as mulheres nessa experiência, promovendo o parto fisiológico e experiências positivas para as mulheres. Preditores chave da experiência de dor do parto incluem a autoeficácia prévia das mulheres e a sua predisposição para o TP, a sua tendência para catastrofizar a dor e o seu grau de ansiedade. O ambiente cultural, assim como as filosofias relacionadas com o parto e a dor do parto no local em que são assistidas, influenciam a sua experiência e o uso de analgesia.

A realização da Revisão da Literatura, demonstra que há vários fatores comuns que nos levam a uma conclusão inquestionável, a visão do parto, nomeadamente enquanto fenómeno natural ou médico, varia muito de cultura para cultura, assim como varia o significado que é dado à dor neste processo. As mulheres geralmente referem o parto como uma experiência complexa, pautada pela dor, medo, e carregada de emoções negativas, estas influências culturais interferem no comportamento das mulheres, assim como na sua compreensão do parto.

2.2. Prática reflexiva

De acordo com o *Nursing and Midwifery Council* (NMC, 2015), o processo reflexivo sobre a prática de cuidados reforça o profissionalismo. A prática reflexiva consiste na capacidade de examinar as ações e a experiência individual, resultando no desenvolvimento da prática e no aperfeiçoamento do conhecimento clínico. De acordo com Caldwell e Grobbel (2013), a prática reflexiva é um atributo essencial para o desenvolvimento de profissionais autónomos, críticos e avançados.

No decurso do Estágio com Relatório foram várias as ocasiões em que a reflexão se proporcionou, nomeadamente em situações vividas na prestação de cuidados à mulher e família no seu respetivo contexto sócio-cultural. Estas experiências contribuíram para a minha aprendizagem e para o meu crescimento pessoal e profissional. Esta reflexão, realizada tanto de forma individual bem como na discussão com as minhas orientadoras ou com a equipa de saúde, permitiram-me aumentar a confiança para que, em situações idênticas, pudesse melhorar as minhas aptidões e agir corretamente em futuras abordagens. A realização de jornais de aprendizagem que versaram sobre situações importantes no contexto formativo permitiram-me também obter e aprofundar conhecimentos provenientes das experiências práticas, assim como a realização de reuniões de análise de práticas com as enfermeiras orientadoras e docente orientadora e a elaboração do relatório final.

Relativamente ao tema que me propus desenvolver e ao aperfeiçoamento da competência cultural, considero que o processo reflexivo foi fundamental, pois a competência cultural é um processo contínuo onde devemos estar cada vez mais auto-conscientes e valorizar a diversidade, conhecendo as peculiaridades das diferentes culturas. Para cuidar de pessoas de outras origens culturais, é necessária uma apurada consciência da diversidade, uma base sólida de conhecimentos e competências em enfermagem transcultural e, especialmente, um forte respeito pessoal e profissional para com os outros.

De forma a nortear a minha prática clínica foram delineados objetivos específicos fundamentados pelas competências definidas pela OE e ICM para o exercício profissional do EEESMO. Um outro objetivo específico foi traçado para dar resposta à temática desenvolvida e tem como finalidade desenvolver competências para prestar cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis no contexto do TP, são eles:

- Desenvolver Competências para prestar Cuidados Especializados de Enfermagem à mulher/ família durante os quatro estádios do trabalho de parto em contexto hospitalar;
- Desenvolver Competências para prestar Cuidados de Enfermagem Especializados ao recém-nascido;
- Desenvolver Competências para prestar Cuidados de Enfermagem Culturalmente Sensíveis em contexto de trabalho de parto.

Diariamente, em todo o mundo, profissionais de saúde e pacientes de diferentes culturas se reúnem e interagem em salas de parto. Cuidadores e pacientes têm expectativas relativamente a si mesmos e aos outros no que concerne ao nascimento e perante culturas diferentes e essas expectativas podem não estar de acordo com os comportamentos demonstrados (Semenic, Callister & Feldman, 2004), sendo importante que os Enfermeiros tenham uma mente aberta e interesse positivo, bem como o desejo sincero para aprender outras formas de cultura.

3. ANÁLISE SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Neste capítulo serão descritas as atividades realizadas ao longo do Estágio com Relatório, com a finalidade de atingir os objetivos propostos e os resultados obtidos. De acordo com o Documento Orientador da Unidade Curricular pretende-se que, enquanto futura EEESMO, desenvolva aptidões tais como:

- Desenvolvimento da capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível;
- Mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e desenvolvimento da capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- Reflexão sobre as intervenções do EEESMO que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem;
- Desenvolvimento de capacidades de utilização da metodologia científica no quotidiano;
- Mobilização ativa da evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos;
- Transmissão de conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar.

De acordo com a teoria que serviu de suporte para a realização deste trabalho, Madeleine Leininger (1991, 2001) define Cuidar como “acções e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana...”. De uma forma mais específica, a filosofia de cuidados de Saúde Materna e Obstétrica define o “cuidado centrado na Mulher” como o termo que melhor o descreve. Este dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes, a eficácia clínica e a capacidade de resposta e acessibilidade (OE, 2015). Os seus princípios fundamentais certificam que o EEESMO assegura um enfoque na gravidez e parto como sendo o início da vida em família e não apenas como episódios clínicos isolados.

De acordo com o Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Diário da República, 2011) em **H3**, o EEESMO: “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina”.

De acordo com a ICM (2010) na **Competência nº1**: “As parteiras apresentam os conhecimentos e habilidades necessárias relacionadas com as ciências sociais, saúde pública e ética, que constituem a base de cuidados de qualidade, culturalmente relevantes e apropriados à mulher, recém-nascido e famílias no seu ciclo reprodutivo.”

Além da prática baseada na evidência e da importância da constante atualização de conhecimentos nas mais diversas áreas de intervenção, o EEESMO deve atuar de forma consistente e de acordo com a ética profissional e os direitos humanos. Deve respeitar os indivíduos na sua cultura e costumes, independentemente do seu estatuto, origem étnica ou crença religiosa e comporta-se de forma cordial, sem julgar ou discriminar de forma culturalmente apropriada todos os clientes (ICM, 2010).

Estes conceitos vão ao encontro da temática por mim aprofundada e compreende o desenvolvimento de competências especializadas que vão para além das competências técnicas e científicas, sendo também consolidadas ao nível ético, relacional e cultural.

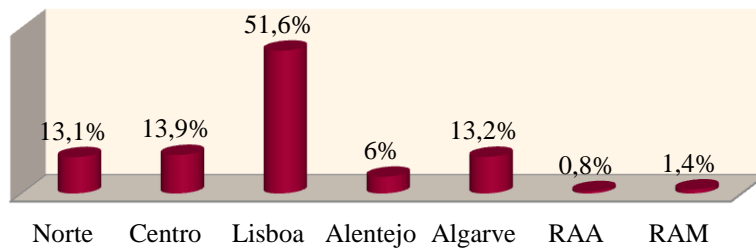
Leininger (1991, 2001) define o Cuidar Cultural como

Cuidar baseado em valores, crenças, normas e modos de vida regidos por um padrão, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a saúde e o bem-estar, a melhorar a condição humana e o modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte.

O Estágio Final foi dividido por duas instituições, uma na região da grande Lisboa e outra na região do Algarve, sendo que cada uma delas foi escolhida pelas suas características específicas e valores definidos e pelos quais se regem, entre eles:

- Focalização total e geral no doente;
- Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e direitos do doente;
- Elevados padrões de humanização, qualidade e competência técnica dos serviços prestados;
- Garantia de integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade.

Esta escolha teve bastante significado pois, de acordo com os dados do CENSOS 2011, em termos de distribuição geográfica, a Região de Lisboa concentrava mais de metade dos estrangeiros residentes em Portugal (51,6%), seguindo-se as regiões do Norte, Centro e Algarve, todas com pesos na ordem dos 13%, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Gráf. 3 - Distribuição da população estrangeira residente em Portugal, por NUTS II, 2011

Fonte: Censos 2011

Reforçando os dados anteriormente apresentados, o Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo (2014), aponta que a distribuição geográfica da população estrangeira residente incide especialmente no litoral, sendo que cerca de 69,3% estão registados nos distritos de Lisboa (176.927), Faro (57.212) e Setúbal (39.763).

Assim sendo, considerei enriquecedoras as experiências e os conhecimentos que me foram proporcionados pelas instituições referidas, porque abrangem as áreas geográficas com mais população estrangeira, o que me permitiu ter um maior contacto com a sua realidade e as suas vivências no processo de gravidez e parto fora do seu contexto natural, assim como, compreender a forma como se “ajustam” a realidades e práticas, muitas vezes totalmente diferentes das suas.

Da mesma forma foi fundamental compreender e observar as principais dificuldades com que os Enfermeiros e restantes elementos da equipa de cuidados se deparam e a forma como gerem e adequam essas dificuldades, numa tentativa de prestar cuidados culturalmente “adequados” e tendencialmente isentos.

São apresentados em seguida os objetivos específicos propostos.

3.1. Desenvolver Competências para prestar Cuidados Especializados de Enfermagem à mulher/ família durante os quatro estádios do trabalho de parto em contexto hospitalar

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura e proporcionar a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. O modelo de cuidados centrados na Mulher, implica uma adequação às suas reais necessidades e pressupõe o seu empoderamento, afirmando as suas competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos (OE, 2015).

Perante o supramencionado, procurei ser capaz de prestar cuidados especializados em ESMO no decurso dos quatro estádios de TP, recorrendo à

atualização contínua de conhecimentos e à Revisão da Literatura previamente realizada, ministrando igualmente os cuidados necessários ao RN, com base na mais recente evidência científica disponível.

A minha experiência, enquanto Enfermeira de cuidados gerais nesta área, revelou-se também uma mais valia, facilitando a minha integração aos novos contextos de cuidados. Inicialmente observei a forma como os procedimentos se efetuavam em cada um dos locais, assistindo à prestação dos mesmos pela minha Enfermeira orientadora que, gradualmente, foi partilhando a sua execução, permitindo-me desenvolver autonomia e confiança. Desta partilha de cuidados surgiram momentos de reflexão sobre a prática, permitindo-me desenvolver o sentido crítico e instigando-me a evoluir e tentar fazer sempre “melhor”.

Para muitas grávidas, que são admitidas em trabalho de parto num Bloco de Partos, este é o primeiro contato com um ambiente hospitalar, que está conotado como um ambiente de doença. O ambiente físico em que decorre a dilatação, a presença de profissionais que lhe são estranhos, o excesso/ausência de profissionais da área da saúde, podem ser geradores de stress e medo na utente (APEO, 2009).

No decurso do primeiro estágio do TP e, numa tentativa de minimizar a ansiedade característica desta fase, procurei respeitar na minha prática as recomendações preconizadas pela OMS (1996), no Guia de Assistência ao Parto Normal, entre elas:

- Respeitar a escolha da mãe/casal sobre o local do parto após ter recebido as necessárias informações;
- Oferecer à mulher/casal todas as informações e explicações que necessitar e desejar;
- Dar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Realizar cuidados integrais procurando ser a pessoa de referência para a grávida ou parturiente e a pessoa significativa.

Ambos os contextos em que decorreu o Estágio com Relatório, se revelaram locais excecionais para o desenvolvimento de novas competências, com condições favoráveis para a aprendizagem e com equipas de profissionais extremamente disponíveis e colaborantes no processo formativo.

Na unidade hospitalar de Lisboa, houve bastante abertura e disponibilidade para por em prática conhecimentos adquiridos na formação curricular, nomeadamente: a

liberdade de movimentos durante o TP, aplicação de medidas de proteção do períneo como a aplicação de calor, adoção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, livre ingesta de líquidos cristalinos e refeições ligeiras ou ainda a presença permanente do acompanhante durante o processo. Foi com particular agrado que constatei que qualquer uma destas intervenções é prática do serviço, fazendo dele uma referência nos cuidados especializados à grávida e família e que há uma preocupação em corresponder às expectativas dos casais, neste que é um momento tão significativo para si.

Na instituição Algarvia, por sua vez, a liberdade de movimentos, a livre escolha da posição de parto e a ingesta durante o TP, são limitados devido a uma “política de precaução” medicamente instituída. Assim, foi igualmente importante compreender a importância do EEESMO neste contexto, pois temos um papel de mediadores entre ambas as partes, o que confere o equilíbrio necessário para a obtenção de resultados positivos e gratificantes. Também neste sentido tive oportunidade de desenvolver competências, sobretudo no que concerne à capacidade de argumentação e negociação, que foram desenvolvidas com a ajuda da minha orientadora.

Relativamente à promoção da liberdade de movimentos e livre escolha da posição de parto, foi uma das atividades em que houve grande investimento e progresso pois, de acordo com o projeto “Maternidade com Qualidade” desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade e em que ambas as instituições estão envolvidas, a posição correta a adotar para o parto é subjetiva e varia de mulher para mulher. Ela influencia direta e indiretamente a sensação de dor, a capacidade de puxo, a oxigenação e o bem-estar materno-fetal. Em suma, a posição adotada durante o TP e parto, influi nos resultados materno-fetais obtidos. Ambas as unidades hospitalares eram dotadas de um espaço em que era permitido à mulher deambular, utilizar a bola da pilates ou realizar um duche quente. Em Lisboa havia ainda o recurso ao *rebozo* que se encontrava disponível em todas as salas de parto. A promoção destas medidas vem associar-se às técnicas de alívio não farmacológicas da dor, cuja evidência científica sugere que se a mulher adotar posições verticais e tiver liberdade de movimentos no primeiro estágio do TP tem menos dor, menos necessidade de analgesia epidural e menos alterações da FCF. Diminui igualmente a duração do primeiro estágio do TP e permite ao feto ter mais espaço disponível na pélvis (APEO e FAME, 2009).

A realização destas atividades veio dar resposta às competências definidas no Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica: **H3.1.1.** “Concebe, planeia, implementa e avalia

intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”, **H3.1.1.** “Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” e **H3.2.5.** “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” (Diário da República, 2011).

Uma outra atividade por mim desenvolvida foi a revisão e atualização do plano de parto (formal ou informal), respeitando sempre que possível as expectativas do casal. De acordo com a Organização Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2015), o Plano de Parto regista as preferências da grávida para o trabalho de parto, parto e pós-parto. Analisar o plano de parto com o casal permitiu-me esclarecer dúvidas e perceber o que pode ser concretizável tendo em conta o contexto e a sua condição particular, sensibilizou-me para as suas prioridades e deu-me a possibilidade de conhecer os seus sentimentos e expectativas.

Nas diferentes instituições há abordagens distintas a este tema, sendo que em Lisboa é admirável constatar a atenção e tempo disponibilizados pelos profissionais discutindo muitas vezes entre si a melhor forma de por o plano de parto em prática. No Algarve é perceptível a resistência a algumas opções dos casais, sendo necessária uma maior negociação tanto dos casais para com os EEESMO, como para com a equipa médica. Esta atividade vem dar resposta à competência definida em Diário da República, (2011), em que o EEESMO, na competência **H3.1.1.** “Atua de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”.

O parto, apesar de ser um evento fisiológico, atualmente preconiza-se que decorra numa instituição de saúde, deixando o momento de ser particular, natural e familiar, sendo transportado para a esfera pública com a presença de vários intervenientes que conduzem o processo. Neste sentido, procurei igualmente cumprir as recomendações da OE e APEO (2012, pg.20) em que “O parto é um acontecimento familiar, assumindo-se como aspetos essenciais a possibilidade da grávida poder escolher a presença permanente de elementos próximos e poder contar precocemente com a restante família”. Apesar das diferenças institucionais, conforme já referido, ambas aderiram ao projeto “Maternidade com Qualidade”, o que me permitiu respeitar a preferência da mulher quanto ao seu acompanhante e foi perceptível que a integração da pessoa significativa foi fundamental para estabelecer uma relação de confiança e respeito com a parturiente e companheiro.

Neste seguimento e de forma a promover o vínculo e o estreitamento dos laços afetivos entre a tríade mãe/pai/ RN, foi igualmente promovido o contacto pele a pele, sempre que a condição materna e do RN assim o permitiram. De acordo com Lamaze (2003), o toque é a forma mais básica de transmitir segurança e amor e deve ser incitado desde os primeiros minutos de vida do RN. A realização desta intervenção foi facilitada pelo fato de, em ambas as instituições, esta ser uma prática habitual dos EEESMO, embora com algumas limitações, não cumprindo ao rigor as diretrizes da UNICEF/OMS, que recomendam que o contacto pele a pele seja realizado em todos os nascimentos saudáveis imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora e de forma contínua e prolongada (UNICEF 2011). O contacto pele a pele foi promovido, sempre que possível, imediatamente após o parto, sendo interrompido para realizar a pesagem e eventual observação do RN pelo pediatra no sentido de cumprir os requisitos formais do preenchimento do processo clínico do RN. Assim foi dada resposta à competência **H3.1.1**. “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” e **H3.2.7**. “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina” (Diário da República, 2011).

No contexto de cuidados, inicialmente foi complexo integrar todos os conhecimentos e procedimentos, pelo que a minha primeira preocupação se prendia com a execução correta de aspetos técnicos. Foi notável a forma como gradualmente as competências se foram integrando e me permitiram ter uma avaliação cada vez mais abrangente e completa das situações. Os primeiros partos foram um turbilhão de emoções, sem que conseguisse assimilar a totalidade das experiências. Era como se fosse “atropelada” pela sequência de acontecimentos. Gradualmente os acontecimentos foram-se encaixando, permitindo-me usufruir desta magnífica experiência como um todo.

Acompanhei no total 84 parturientes, tendo realizado 45 partos eutócicos e participado em 7 partos distócicos, sob a orientação e supervisão das minhas Enfermeiras orientadoras. Na prática de cuidados procurei cumprir as normas de boas práticas e de promoção ao parto normal, conforme determinado no Documento de Consenso da OE e APEO (2012), entre elas:

- Respeitar o ritmo do trabalho de parto
- Utilizar o partograma para registar o progresso do TP

- Apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical
- Possibilitar o contacto pele e pele imediato e prolongado, promovendo processos de vinculação e amamentação

Outros conhecimentos desenvolvidos e postos em prática foram relacionados com a manobra de Valsalva e sendo que esta é uma manobra desaconselhada pela OMS, foi interessante constatar que os EEESMOS tendem a cumprir as *guidelines* da FIGO (2012) em que, na ausência do impulso para puxar e na presença de uma FCF normal, os profissionais devem esperar antes de encorajar o puxo ativo. Com a aplicação desta prática pude averiguar os seus efeitos, como a diminuição do comprometimento da perfusão uteroplacentária e consequentemente melhor oxigenação fetal.

A clampagem tardia do cordão é também uma prática frequente nos cuidados especializados de enfermagem e tem benefícios certificados para o RN, conforme atesta a WHO (2012): redução na taxa de anemia, redução da hemorragia intraventricular, menos enterocolite necrosante, menos sépsis infantil e menos transfusões de sangue necessárias. Em ambas as instituições esta é uma prática comum, o que traz benefícios para a saúde dos RN's.

Relativamente à realização de episiotomia, pude constatar que este é um tema que gera bastantes divergências na prática diária dos EEESMO. Na busca por competências especializadas que me permitam intervir de forma adequada e com suporte científico em prol da satisfação materna e obtenção de melhores resultados e ganhos em saúde, fiz por cumprir as orientações da OMS (1996), que recomenda a sua realização apenas quando estritamente necessária e classifica o uso rotineiro como uma prática inadequada e prejudicial à saúde da Mulher. Dos 45 partos realizados, foram feitas apenas 4 episiotomias dando resposta às orientações em vigor.

Desta forma e perante as atividades descritas foram desenvolvidas as competências descritas em Diário da República (2011), nomeadamente:

- **H3.2.1.** Identifica e monitoriza trabalho de parto;
- **H3.2.2.** Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- **H3.2.3.** Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- **H3.2.4.** Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto;

- **H3.2.5.** Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto;
- **H3.2.6.** Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica.

De acordo com o determinado pela ICM (2013) na **Competência 4**: “As parteiras proporcionam cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o trabalho de parto, realizam um parto limpo e seguro e lidam com situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e seus recém-nascidos”.

O terceiro estágio do TP tem início após a expulsão fetal, quando o útero contrai espontaneamente e a diminuição súbita das dimensões uterinas é acompanhada por uma redução da área de implantação da placenta, aumentando a tensão e promovendo a formação de um hematoma retro-placentário que acelera o processo de separação do seu local de inserção (Machado, 2010). Quando a placenta começa a descolar dá os primeiros sinais que geralmente se caracterizam pela ausência de retração do cordão quando aplicada pressão supra-púbica e habitualmente surge um fluxo de sangue à vulva.

Nesta fase é fundamental promover a dequitação completa com a saída da placenta e respetivas membranas íntegras, realizando a devida exploração para confirmar. A conduta utilizada neste estágio foi a conduta passiva, sendo aplicada uma intervenção mínima, reduzindo o risco de fragmentação. As minhas orientadoras ajudaram-me a realiza-lo corretamente e a identificar as diferentes formas de dequitação, de Schultze ou Duncan. Na realização deste procedimento foi essencial associar os conhecimentos teóricos à prática, pois é importante compreender que embora a conjugação de uma pressão supra-púbica moderada, com uma suave tração do cordão umbilical possa facilitar o processo, o excesso de pressão pode originar uma inversão uterina e a tração excessiva do cordão, a sua rutura.

O momento da dequitação é de suma importância, pois condiciona o puerpério imediato sem intercorrências que possam por em causa a integridade da mulher. Uma das complicações mais frequentes da dequitação incompleta é a hemorragia, que tem origem na dificuldade do útero em contrair devido ao conteúdo residual, motivando uma atonia uterina que nem sempre é fácil de resolver podendo, por isso, ser necessária intervenção cirúrgica.

Dos 45 partos realizados, foram efetuadas todas as dequitações completas e sem intercorrências e foi utilizada a administração profilática de medicação uterotónica – ocitocina – conforme protocolo dos serviços, com a finalidade diminuir as perdas hemáticas.

Após a dequitação foi avaliada a contração uterina e respetiva formação do Globo de Segurança de Pinard, avaliadas as perdas hemáticas e realizada a revisão do canal de parto com reparação das lesões resultantes. Conforme previamente referido, foram realizadas apenas 4 episiotomias sendo as restantes lesões lacerações de grau I (16) e II (11) que foram reparadas com supervisão e auxílio das Enfermeiras orientadoras. A realização da episio/perineorrafia foi um grande desafio, sendo inicialmente necessário desenvolver a destreza manual e os movimentos finos, assim como identificar as diferentes estruturas. Esta foi uma das técnicas que foi gradualmente desenvolvida e aprimorada, embora considere que é uma das competências em que necessito mais prática e tempo para aperfeiçoar.

Finalmente colaborei na transferência das puérperas para o recobro, proporcionando o seu conforto e acompanhamento, transmitindo aos colegas todas as informações pertinentes para a continuidade de cuidados adequada e individualizada.

Estas atividades corresponderam às competências **H3.3.4.** “Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” e **H3.3.6.** “Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte” (Diário da República, 2011).

Reiterando o previamente exposto, a ICM (2013) determina na sua **Competência 4:** “As parteiras proporcionam cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto, realizam um parto limpo e seguro e lidam com situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e seus recém-nascidos”. Refere ainda que as parteiras devem ter capacidade para:

- Adotar uma conduta passiva (fisiológica) do 3º estágio do trabalho de parto;
- Inspeccionar a placenta e as membranas verificando a sua integridade;
- Realizar massagem no fundo uterino para estimular a sua contração e tónus;
- Inspeccionar a vagina e o colo do útero para detetar lacerações;
- Reparar uma episiotomia, se necessário e reparar lacerações perineais ou vaginais de 1º e 2º graus;
- Gerir hemorragia pós-parto, utilizando técnicas apropriadas e agentes útero-tónicos como indicado.

Na mulher saudável, a hemorragia é provavelmente a complicação potencial mais perigosa durante o quarto estágio do TP pelo que, na primeira hora as avaliações físicas à mulher devem ser mais frequentes.

Relativamente à prestação de cuidados no período pós-parto imediato foi mais um dos contextos em que a experiência prévia teve bastante importância, sendo facilitador na integração de conhecimentos precedentes e atuais, permitindo uma intervenção mais diferenciada.

Em 1992 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno, intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB). Esta iniciativa foi decidida com base nos resultados da investigação científica que aponta os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe e se dirige ao momento considerado mais crítico para o sucesso de uma boa amamentação - o período de internamento por ocasião do parto. Conforme já mencionado, ambas as instituições em que decorreu o Estágio com Relatório estão acreditadas por esta iniciativa, pelo que é dada uma atenção muito significativa por parte do EEESMOS à promoção e apoio ao aleitamento materno na primeira hora de vida, conforme anuncia a evidência científica e o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO **H3.1.1**. “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno” e **H4.3.3**. “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno”.

O pós-parto é um período marcado pela grande vulnerabilidade física e emocional da puérpera, é um período que comporta mudanças e consequentes reajustamentos ao papel maternal, assim como o papel paternal e da restante família. Neste sentido, não é importante apenas considerar as relações que a pessoa tem com o meio externo, mas é também necessário ter em conta a qualidade das relações que mantém consigo mesma, sendo um desafio para o EEESMO.

Algumas das atividades desenvolvidas no quarto estágio do TP foram:

- Avaliação da involução uterina, nomeadamente quantidade e características dos lóquios;
- Verificação das reparações perineais/ vaginais e sua evolução;
- Avaliação do RN e sua adaptação à vida extra-uterina;

- Promoção de momentos de privacidade à tríade, favorecendo a vinculação precoce entre eles e iniciar e apoiar a amamentação precoce (dentro da primeira hora);
- Educação à mãe/ convivente significativo sobre os cuidados a si e ao bebê após o parto, incluindo sinais e sintomas de complicações iminentes.

Neste sentido as atividades desenvolvidas tiveram como finalidade desenvolver as competências determinadas em Diário da República (2011), nomeadamente **H4.1.5.** “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto”, **H4.2.3.** “Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”; **H4.2.4.** “Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”, **H4.3.1.** “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos”.

A excelência dos cuidados deve ser o principal objetivo dos EEESMO em todas as áreas da sua esfera de competências. Uma das condições fundamentais para esta excelência é a atualização contínua de conhecimentos, implicando uma evolução positiva nos padrões de qualidade assistencial. Vários estudos, incluindo uma Revisão da Cochrane (2008) evidenciaram resultados bastante favoráveis do modelo assistencial prestado por parteiras, identificando que a sua assistência é associada a vários benefícios para mães e recém-nascidos, não tendo sido evidenciados quaisquer efeitos adversos. As principais vantagens identificadas foram a redução do uso de analgesia regional, menor número de episiotomias e de partos instrumentados.

3.2. Desenvolver Competências para prestar Cuidados de Enfermagem Especializados ao recém-nascido

Os recém-nascidos passam por numerosas alterações fisiológicas durante as primeiras horas e dias que se seguem ao nascimento e, muito embora a maioria das crianças consiga efetuar as adaptações necessárias à sua existência extra-uterina sem grandes dificuldades, o seu bem-estar depende do cuidado que recebe dos outros. Os cuidados de enfermagem baseiam-se na avaliação cuidada das respostas biológicas e comportamentais manifestadas pela criança.

Também neste âmbito a experiência prévia como Enfermeira de cuidados gerais no bloco de partos foi determinante e permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar competências e conhecimentos já adquiridos. A prestação de cuidados ao RN é particularmente gratificante e deve ser realizada na presença dos pais, sempre que possível. Em ambos os contextos de cuidados foi cumprida essa recomendação, sendo que na Unidade de Lisboa foram realizados os devidos esforços para que fosse concretizável. A sala de prestação de cuidados imediatos ao RN é independente da sala de partos, pelo que foi necessário, um ajuste e a aquisição de material adequado para a prestação dos mesmos junto aos pais. De salientar a motivação e dedicação da equipa de enfermagem para levar a cabo esta mudança e proporcionar cuidados de excelência aos casais e RN's.

No momento do nascimento estabelece-se um vínculo afetivo mãe/ bebé muito importante para o futuro desenvolvimento da infância, assim sendo, existem intervenções específicas que o EEESMO deve garantir para facilitar o processo e afiançar o seu sucesso. Nos partos por mim realizados e, sempre que apropriado, foi facilitada a oportunidade ao convivente significativo para realizar o corte do cordão mediante a autorização e vontade da mãe. Esta medida visou o estabelecimento da vinculação precoce, sendo de seguida promovido o contacto pele a pele e o apoio ao aleitamento materno na primeira hora de vida conforme as *guidelines* da OMS (1996).

O momento do nascimento do bebé gera grande expectativas nas mulheres. Através do contacto pele a pele a mulher vê por si própria as características do seu bebé e, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008), durante este período ocorre o processo de reconhecimento que consiste na identificação do bebé relativamente às semelhanças com outros familiares e das singularidades que o caracterizam. O RN é assim incorporado na família.

De acordo com a ICM, na **Competência 6**: “As(os) Parteiras(os) proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade” e, desta forma, alguns dos cuidados diretos prestados ao RN foram a avaliação física sumária do RN para despiste de malformações e atribuição do índice de Apgar tendo em conta os critérios estabelecidos. O índice de Apgar consiste na avaliação de cinco sinais objetivos no RN, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0-2. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Do somatório final resulta um valor entre 0-10 que corresponde ao índice de Apgar. Procedi igualmente à administração da

vitamina K como prevenção da doença hemorrágica no RN, realizei os primeiros cuidados conjuntamente com os pais nomeadamente limpar e secar de forma a promover o seu conforto e procedi à respetiva identificação com pulseira e colocação de dispositivo de alarme. Quando necessário, e a sua situação clínica assim o justificava, colaborei na transferência do RN para a unidade de cuidados intensivos neonatais, tendo cooperado em duas transferências, uma por prematuridade e outra por gemido persistente requerendo vigilância diferenciada.

No Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Diário da República, 2011), são várias as competências relacionadas com os cuidados ao RN e auxílio na adaptação à vida extra-uterina, nomeadamente **H3.2.7.** “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”, **H3.2.9.** “Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais” e **H3.2.10.** “Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação”.

Conforme já referido e de acordo com as recomendações da OMS (1996) para as boas práticas, promovi também o estabelecimento da amamentação na primeira hora de vida sempre que possível e favorável, realizando educação para a saúde junto dos pais, sobretudo no que diz respeito aos sinais de boa pega, posições para amamentar, importância do aleitamento em horário livre, auxiliando-os na primeira adaptação do RN sempre que necessário e solicitando e dando reforço positivo às competências da mãe elogiando os seus esforços.

3.3. Desenvolver Competências para prestar Cuidados de Enfermagem Culturalmente Sensíveis em contexto de trabalho de parto

O acesso aos Serviços de Saúde surge como um dos maiores obstáculos ao processo de integração dos imigrantes, seguindo-se as dificuldades inerentes à prestação de cuidados de saúde adequados. A Ordem dos Enfermeiros (2007) afirma que é necessário descobrir o significado do cuidado cultural e as práticas de cuidados específicos de cada cultura e acrescenta que este princípio é fundamental para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente sensível, congruente com os fatores que influenciam a saúde e bem-estar.

O Cuidar Culturalmente Congruente é definido por Madeleine Leininger como

Ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas, feitas à medida para servir os valores, as crenças e os modos de vida do indivíduo, grupo ou instituições para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios (Leininger, 1991)

No âmbito nacional e internacional, diversos instrumentos legais garantem igualmente cuidados de saúde de qualidade a todas as pessoas, independentemente da sua origem. No caso da enfermagem é contemplado no Código Deontológico da profissão, no Decreto de Lei nº 104/98, artigo 81, diz que é dever do Enfermeiro:

- **alínea a)** Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;
- **alínea e)** Abster de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;
- **alínea f)** Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

Há um foco atual na área da saúde para garantir que as pessoas com diversidade cultural recebam cuidados de qualidade. Quando os Enfermeiros procuram prestar cuidados centrados nos clientes, nas suas crenças culturais, nos seus valores e nas suas práticas, parte-se do pressuposto que os utentes estarão mais propensos a aderir aos cuidados do que aqueles a quem os aspetos culturais não foram tidos em conta. De forma a desenvolver a competência para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, baseei-me em Narayan (2001) que defende que a competência cultural tem três etapas progressivas e que me ajudaram a prestar cuidados aos utentes de diversas origens:

- **Etapas 1** - Adotar atitudes para promover a transculturalidade nos cuidados de enfermagem como a atitude carinhosa, a empatia e a flexibilidade;
- **Etapas 2** - Desenvolver a consciência das diferenças culturais tendo em conta que a pessoa não é o estereótipo de uma cultura;
- **Etapas 3** – Realizar uma avaliação cultural que consiste numa forma eficaz de obter informações pertinentes sobre as perspetivas dos utentes acerca dos aspetos importantes dos seus cuidados.

Para que me fosse possível prestar cuidados culturalmente sensíveis foi necessário ter em conta as etapas supracitadas, assim como os diferentes níveis de intervenção definidos no Modelo Sunrise de Leininger, que constituem o princípio para um planeamento e execução dos cuidados assentes na abordagem respeitosa dos casais.

No decurso do estágio com Relatório e nas diferentes valências em que prestei cuidados, urgência de obstetrícia/ ginecologia e bloco de partos, foram várias as mulheres de diferentes origens e culturas a quem prestei cuidados. Foi notória a prevalência de mulheres provenientes de Angola, Cabo Verde, Brasil e Ucrânia conforme os dados previamente apresentados atestam. No bloco de partos a situação foi idêntica e, dos 45 partos realizados, 6 foram mulheres cabo-verdianas, 4 angolanas, 3 brasileiras, 2 ucranianas e 2 guineenses.

Atendendo às circunstâncias apresentadas e tentando desenvolver o cuidado centrado no cliente, procurei saber junto dos casais que tipo de cuidados se adequavam melhor às suas expectativas e foi bastante interessante e enriquecedor verificar as atitudes distintas em relação a cuidados “habituais”, como a colocação de cateter intra-venoso, monitorização da FCF, avaliação da progressão do TP através do toque vaginal, medidas de alívio da dor e até mesmo posição de parto. Constatei que as mulheres de ascendência subsaariana tendencialmente preferem pouca intervenção, deixando os acontecimentos sucederem naturalmente, embora estivessem disponíveis à minha mediação sempre que justificada. Na sua maioria estas utentes preferiam permanecer na posição vertical durante o trabalho de parto e adotavam maioritariamente a posição de cócoras ou gatas para parir. Já as mulheres caucasianas, pertencentes a uma cultura mais ocidental e medicalizada, optavam muitas vezes por deixar ao critério do prestador de cuidados as decisões mais importantes, preocupando-se essencialmente com o alívio da dor e a segurança do parto para elas e para os RN. É como se estivessem culturalmente “programadas” para o modelo biomédico do parto e para a posição de litotomia, sendo que trabalhar a sua individualidade e determinações foi desafiante e muito construtivo.

Poder observar e partilhar diferenças culturais fez com que o tema escolhido tivesse ainda maior pertinência e permitiu-me verificar que temos uma tendência inata para considerar as nossas práticas culturais como as corretas, sendo muitas vezes difícil despir o “preconceito”. A diversidade que caracteriza o momento do parto e os cuidados ao RN, faz com que este evento tenha um significado peculiar. O poder participar e integrar os diferentes rituais como a dança, mais característica nas mulheres africanas, ou os cânticos e rezas, que distinguem as mulheres de leste, fez com que esta experiência tenha sido valiosa para compreender como a sensibilidade cultural e os cuidados centrados no cliente proporcionam vivências extremamente gratificantes e plenas.

Através da interação com as mulheres e famílias foi também perceptível que a forma como a parturiente usa o seu corpo e o modo como se comporta durante as várias fases do TP, dependem das informações que lhe são transmitidas tanto nas consultas pré-natais, como no contexto cultural, como pela sua própria personalidade. Reiterando o exposto, o Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, (Diário da República, 2011) refere que, a Mulher alvo dos cuidados do EEESMO deverá ser entendida como uma pessoa no seu todo, considerando sempre as relações interpessoais com os seus significantes e com o ambiente em que se insere e se desenvolve.

Foi perceptível, em diversas situações, como o acompanhamento respeitoso do casal e das suas preferências, assim como a integração das famílias no processo, me permitiu, enquanto prestadora de cuidados alcançar melhores resultados e proporcionar uma vivência mais gratificante do momento do nascimento. É importante ter presente que o contributo que a família outrora prestava no nascimento deixou de ser considerado, chegando mesmo, por vezes, a ser considerado como um obstáculo aos cuidados dos profissionais. Este ponto de vista leva-nos a questionar porque razão é desvalorizada a informação vinda do seio familiar se a grávida, enquanto pessoa, faz parte do seu ambiente, do seu meio social, sendo a família o elo central e sagrado da sociedade no qual todos procuram apoio.

Relativamente às equipas de saúde, em ambos os locais se mostraram bastante recetivas à minha temática, participando e promovendo sempre que possível a abertura necessária. De salientar que em Lisboa a prevalência recai sobre as mulheres de ascendência subsaariana, entre elas angolanas, cabo-verdianas ou guineenses e no Algarve predominaram as mulheres brasileiras ou do leste da Europa. Esta variante permitiu-me reconhecer a diferença entre as preferências, opções e preocupações relativamente ao parto.

As aptidões e competências desenvolvidas neste âmbito vão permitir-me prestar cuidados especializados e diferenciados no que concerne à integração dos elementos culturais no parto e na vivência do mesmo. Esta aprendizagem permitiu-me compreender de que forma o respeito e a integração proporcionam momentos extremamente gratificantes para a mulher/casal e para as equipas de saúde que prestam cuidados de elevada qualidade, compreendendo a universalidade dos indivíduos cuidados. Permitir-me-á igualmente sensibilizar a minha equipa de trabalho para a sua

importância, promovendo momentos de partilha de conhecimentos e evidências, assim como momentos de formação que permitam consolidar essas mesmas partilhas.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), é no equilíbrio entre a Arte e a Ciência que se encontra o “segredo” das competências das parteiras. O nosso apoio tem resultados diretos na forma como a mulher encara e desenvolve o TP e parto e temos o dever de não esquecer que no cenário do parto está uma pessoa real que traz ao mundo uma outra pessoa também real.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num mundo em contínua mudança e no enquadramento de uma sociedade portuguesa cada vez mais multicultural, coloca-se aos profissionais de saúde o desafio de prestarem cuidados culturalmente sensíveis e congruentes à mulher durante a sua adaptação à maternidade. No entanto, para que os profissionais de saúde consigam ser incisivos no seu desempenho, é essencial que o seu perfil de competências esteja dotado de instrumentos que lhe permitam a compreensão deste fenómeno.

A realização deste relatório permitiu-me refletir acerca do processo de aquisição de competências específicas e em que medida as atividades desenvolvidas me permitiram alcançá-las com sucesso. Só é possível encontrar o verdadeiro sentido do cuidar quando se tem noção da fundamentação da atuação e quando se conseguem projetar mudanças no outro em seu benefício. Tendo em conta esta perspetiva, foi fundamental desenvolver e aprofundar a capacidade de observação crítica junto da mulher e sua família, associada a uma atuação especializada, de acordo com as necessidades diagnosticadas.

Para o desenvolvimento de boas práticas no que concerne aos cuidados culturalmente sensíveis, foi fundamental, enquanto profissional de saúde, ter na minha conceção do cuidar a consciência de que existem outras realidades, outros valores, outras crenças, analisando a cultura de cada pessoa e demonstrando “curiosidade cultural”. É essencial respeitar e não fazer juízos de valor de quem é diferente, não formando estereótipos, porque acima de tudo são pessoas singulares, cuja bagagem cultural é mutável estando num processo dinâmico constante.

Da prática clínica desenvolvida em ambas as instituições de saúde, foi perceptível que a atitude do profissional de saúde no que diz respeito à comunicação, sensibilidade, disponibilidade e respeito é muitas vezes referida pelas parturientes como um fator de grande relevância para uma experiência de nascimento positiva e saudável enfatizando o conhecimento da parturiente sobre si própria e promovendo a sua autoconfiança e segurança. Ambas as instituições, no que diz respeito à equipa de enfermagem, revelaram dar bastante ênfase a esta abordagem respeitosa permitindo-me intervir e respeitar os Direitos Universais da Mulher durante o Parto apresentados pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na gravidez e no Parto (2016), entre eles:

- Todas as mulheres têm o direito a serem tratadas com dignidade e respeito;

- Todas as mulheres têm o direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas;
- Todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação.

De acordo com a OE (2015), a tomada de decisão que orienta o exercício autónomo dos EEESMO integra os resultados da evidência científica e o respeito pelas características individuais da cada mulher. O enfermeiro como mediador cultural deve afirmar as suas potencialidades para esboçar um plano de cuidados fundamentado em fenómenos contextualizados, compreendendo o que antecede o processo de internamento, levando a cabo uma prática clínica com intervenções intencionais, dirigidas pelo raciocínio clínico, interação e comunicação efetiva.

A realização da Revisão da Literatura reiterou que a competência cultural é mais do que conhecer as diferenças e as semelhanças entre as culturas, ou aceitar este ou aquele comportamento, é também a possibilidade de desenvolver, na dinâmica dos serviços e das instituições de saúde, formas permanentes dos elementos integrarem estes conhecimentos culturais nos processos de cuidados e que tenham em atenção não só a vida, mas também o sentido dado “pelo outro” à vida.

No decurso do Estágio com Relatório foi perceptível a crescente sensibilidade para a prática de cuidados culturalmente sensíveis, verificando-se também que a filosofia de gestão e funcionamento das unidades de saúde coloca ainda diversos entraves a esta questão, como seja a dificuldade em deixar que os utentes utilizem estratégias menos convencionais.

Relativamente à vivência da dor associada ao parto, a evidência científica enfatiza que há um conjunto de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais que motivam as diferenças comportamentais entre as mulheres e que, sendo a sua génese condicionada por diversos fatores externos ela torna-se um fenómeno subjetivo. As atitudes perante a dor e o seu alívio afetam de certa forma a saúde das mulheres e as diferenças culturais podem ser opressivas tanto para as parturientes como para os profissionais de saúde. Constata-se na prática clínica que há ainda um grande desconhecimento por parte das mulheres sobre quais as opções à sua disposição para o alívio da dor no TP. Generalizou-se a existência da epidural como método rápido e eficaz mas, na grande maioria, ignoram as alternativas não farmacológicas e que permitem muitas vezes maior envolvimento e gratificação da mulher no processo de nascimento.

Na maioria das instituições hospitalares do nosso país persiste ainda um escasso envolvimento da mulher no seu processo de cuidados e na tomada de decisões. O modelo de assistência obstétrica hospitalar centrado na figura do médico, é muitas vezes motivo para os receios e dúvidas da maioria das parturientes podendo influenciar o seu comportamento e as suas expectativas. Procurei, como futura EEESMO, promover e incentivar a participação ativa das mulheres no seu plano de cuidados facultando-lhes o direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências.

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura e proporcionar a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. De acordo com a OE (2015), a filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO trabalha em parceria com a Mulher, colocando-a no lugar central durante o ciclo reprodutivo. Esta filosofia garante uma continuidade de cuidados que melhora e protege o processo normal de parir e nascer.

Os achados apresentados sugerem que a sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática específica, assim como a incorporação do desenvolvimento dos cuidados culturalmente sensíveis na formação académica dos futuros Enfermeiros pode constituir uma mais valia na qualidade dos cuidados prestados e na obtenção de ganhos em saúde.

Sendo que o presente relatório não permite generalizações, seria interessante realizar estudos complementares, aumentando a evidência disponível, porque só assim se poderão aprofundar e compreender as nuances nos padrões culturais respeitantes ao processo de maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. & Pearson, A. (2014). The Sistematic Review: An Overview. *SistematicReviwes, step by step*, 114 (3). The Joana Briggs Institut. Acedido em 14/11/2015. Disponível em: <http://joannabriggs.org/>
- Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-KohlmanVirginia, & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth Self-Efficacy and anxiety during pregnancy on Prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(5), 410–418. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00170.x
- Berentson-ShawJessica, Scott, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357–373. doi:10.1080/02646830903190888
- Boorman, RJ, Devilly GJ, Gamble, J., Creedy, DK & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*. 30 (2). 255-261
- Caldwell L & Grobbel. (2013). Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*. 6 (3). 319 – 326
- Campbell, O. M., & Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works. *The Lancet*, 368(9543), 1284–1299. doi:10.1016/s0140-6736(06)69381-1
- Carlos Margato, D. O. (2007). Desenvolvimento profissional – individualização das especialidades em Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 26. 9-20
- Christiaens, W., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2010). Labour pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: A cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 10(1), 268. doi:10.1186/1472-6963-10-268
- Davis-Floyd, R. E. (2004). *Birth as an American rite of passage* (2nd ed.). Berkeley, CA: University of California Press

Direção-Geral da Saúde (2015). *Trabalho de parto estacionário*. Lisboa . Consultado em 09/01/2016. Disponível em:

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiRwruutO3MAhVEaxQKHb3AAXsQFggfMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Forientacoes-e-circulares-informativas%2Forientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx&usq=AFQjCNE63ScNdfUC_4KhD2p77zP3inj1OQ&cad=rja

Elsenbruch, S., Kotsis, V., Benson, S., Rosenberger, C., Reidick, D., Schedlowski, M., Gizewski, E. R. (2012). Neural mechanisms mediating the effects of expectation in visceral placebo analgesia: An fMRI study in healthy placebo responders and nonresponders. *Pain*, 153(2), 382–390. doi:10.1016/j.pain.2011.10.036

FAME & APEO. (2009). *Iniciativa parto normal – Documento de Consenso*. Lisboa

Federación de Asociaciones de Matronas de Españã. (2006). *Definición de parto normal*. Vélez-Málaga

Fidalgo, L (2000). *(Re) Construir a Maternidade numa perspetiva Discursiva*. Instituto de Ciências Abel Salazar. Tese de Doutoramento. Porto.

Finigan, V., & Long, T. (2014). Skin-to-skin contact: Multicultural perspectives on birth fluids and birth “dirt.” *International Nursing Review*, 61(2), 270–277. doi:10.1111/inr.12100

Flink, I. K., Mroczek, M. Z., Sullivan, M. J. L., & Linton, S. J. (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery - the role of catastrophizing. *European Journal of Pain*, 13(3), 312–316. doi:10.1016/j.ejpain.2008.04.010

Fortin, MF. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta

Gabriel, J. & Regina, M. (2006). Fatores que influenciam a percepção da dor no trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, N°7. 47-49

- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549–556. doi:10.1590/s0104-11692004000300014
- George, J. B., & Thorell, A. M. V. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed
- Gibson, E. (2014). Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women and Birth*, 27(3), 185–189. doi:10.1016/j.wombi.2014.05.002
- Neto, F. (1993). *Psicologia da Migração Portuguesa*. Lisboa: Universidade Aberta
- Garner, R. (2011). Adrenaline in Labour. *Midwifery Today*. Winter 2011/2012, 47-68
- Governo de Portugal (2015). *Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020*. Lisboa. Acedido em: 10/03/2016. Disponível em: [http://jrsportugal.pt/images/memos/20150125-madr-pem-consulta-publica%20\(1\).pdf](http://jrsportugal.pt/images/memos/20150125-madr-pem-consulta-publica%20(1).pdf)
- Graça, L. M. (2010). *Medicina materno-fetal*. (5ª ed.) Lisboa: Lidel
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste Mundo*. Loures: Lusociência
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2005). Continuous support for women during childbirth. *Birth*, 32(1), 72–72. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00336.x
- <http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Direitos-Universais-da-Mulher-durante-o-Parto.pdf>, Acedido em: 10/03/2016
- Hunter, L. P. (2009). A descriptive study of “Being with Woman” during labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 111–118. doi:10.1016/j.jmwh.2008.10.006
- IASP (2005). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle: J. Edmond Charlton. Acedido a 16/06/2016, Disponível em:

<http://issuu.com/iasp/docs/core-corecurriculum>

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa. Acedido em 10/03/2016. Disponível em: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa. Acedido em 10/03/2016. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=257403083&att_display=n&att_download=y

International Confederation of Midwives. (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice – revised 2013*. Acedido em: 20/04/2016. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Acedido em 20/04/2016. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

Joaquim, T. (2006). *Cuidar dos outros, cuidar de si: Questões em torno da maternidade*. Lisboa: Livros Horizonte

Kérouac, S., Pepin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes

Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget

Leininger, M. M. (1991). The theory of culture care diversity and universality. In M. M. Leininger (Ed.). *Culture care diversity and universality: Theory of nursing* (pp. 5–68). New York, NY: National League for Nursing

- Leininger, M. M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2005). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers
- Leitão, J. (2001). Multiculturalidade, diálogo intercultural e cidadania. In *2ª Conferência – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Diversidade e Multiculturalidade*. Lisboa, ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Lopes, R. de C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247–254. doi:10.1590/s0102-79722005000200013
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.) Lusodidata
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Alden, K. (2014). *Saúde da Mulher E Enfermagem Obstétrica* (10ª ed.). Elsevier Editora Ltda
- Machado, M.C. (2009). Globalização, multiculturalidade e saúde. In Lopes, J.C.R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O.P. (Eds.), *Multiculturalidade : Perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar* (pp. 3-10) Loures, Portugal: Lusociência
- Machado, M.C., Pereira, F. & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to Migrant Health in Portugal. *Eurohealth*. 16(1), 30-31 Consultado em 14/05/2016. Disponível em: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>
- Machado, M.C., Santana, P., Carreiro, M.H., Nogueira, H., Barroso, M.R. & Dias A. (2006). *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Laboratórios Bial
- Mamede, F., Almeida, A., Souza, L. & Mamede, M. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Vol 15 (6). Acedido em 14/09/2016. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

- McFadden, A., Renfrew, M. J., & Atkin, K. (2012). Does cultural context make a difference to women's experiences of maternity care? A qualitative study comparing the perspectives of breast-feeding women of Bangladeshi origin and health practitioners. *Health Expectations*, 16(4), e124–e135. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00770.x. Acedido em 16/09/2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2012.00770.x/epdf>
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Melzack, R., & Katz, J. (2012). Pain. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(1), 1–15. doi:10.1002/wcs.1201
- Moloney, R., & Maggs, C. (1999). A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 51–57. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01048.x
- Monteiro, A. P. (2005). Multiculturalismo e Cuidados de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. vol.9. nº1. pp. 48 – 57
- Moore, M. (2016). Multicultural Differences in Women's Expectations of Birth. *The ABNF Journal*, Vol. 27 (2), 39-43. Acedido em 16/09/2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=91258127-4075-4c53-8441-58400d05fdb4%40sessionmgr4006&vid=1&hid=4212>
- Moore, M. (2016). Multicultural Differences in Women's Expectations of Birth. *ABNF Journal*. Vol. 27 (2), pp. 39-43
- Moreira, H. (2006). Emigração Portuguesa (Estatísticas retrospectivas e reflexões temáticas). *Revista de Estudos Demográficos*, nº 38. Lisboa. pp. 47-65
- Moreira, M. & Alarcão, I. (1997). A investigação-acção como estratégia de formação inicial de professores reflexivos. In Sá-Chaves, I. *Percursos de Formação e desenvolvimento Profissional* (119-138). Porto: Porto Editora

- Narayan, M. C. (2002). Six steps towards cultural competence: A clinician's guide. *Home Health Care Management & Practice*, 14(5), 378–386.
doi:10.1177/1084822302014005010
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas - a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal- ESS
- Nursing and Midwifery Council (2015). *The Code. Professional Standards of Practice and Behaviour for Nurses and Midwives*. UK: Nursing and Midwifery Council.
Acedido em 16/09/2016. Disponível em:
<https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>
- OE e APEO (2012). *Documento de Consenso Pelo Direito ao Parto Normal: Uma visão partilhada*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros & International Council of Nurses (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção –Closing the gap: from evidence to action*. Genebra:OE
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Código deontológico do Enfermeiro. Estatuto da OE*. Lisboa, Portugal. OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Parecer MCEESMO 03/2010 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva*. Acedido em 16/09/2016. Disponível em:
http://www.ordemEnfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ parteiras*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial da Saúde (1996). *Assistência ao Parto Normal: Um guia prático*. Genebra. OMS

Organização Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). O Plano de Parto, ou Plano de Nascimento, ou Plano de Preferências de Parto. Acedido em 30/05/2016: Disponível em:

<http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>

Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Pagliuca, L. M. F. (2007). Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(1), 130-135

Parreira, M. V. (2007). Natureza à Cultura; Parto e sua complexidade sociocultural. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº 8. 19-23

Pathmanathan, I., Liljestrand, J., & Liljestr, J. (2002). *Investing in maternal health in Malaysia and Sri Lanka: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC: World Bank Publications

Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série(7), 55–62

Pereira, R., Franco, S. & Baldin, N. (2011). A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev. Bras Anesthesiol*. 61 (3). 376-388

Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade*. Editora Universitária

Regulamento n.º 127/2011 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República 2ª série, N.º 35. Pág. 866

Rossi, L., Aissa, T., Oba, M., Pinto, M. & Scandiuzzi, R. (2013). Representação Social Da Primigesta em Relação ao Parto In *VIII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*. Santa Catarina

Sackett, D. L., Carlquist, I., Stein, A. T., & Costa, M. (2003). *Medicina baseada em evidências prática e ensino* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Semenic, S. E., Callister, L. C., & Feldman, P. (2004). Giving birth: The voices of orthodox Jewish women living in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(1), 80–87. doi:10.1177/0884217503258352
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2014). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. Lisboa. Acedido em 14/01/2016. Disponível em: http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf
- The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido em: 08/11/2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers_manual2014.pdf
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5 ed.). Loures: Lusociência
- UNESCO (2002). *Declaração Universal sobre a diversidade Cultural*. Acedido em 09/01/2016. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>
- UNFPA, ICM (2006). *Investing in midwives and others with midwifery skills to save the lives of mothers and newborns and improve their health*. Acedido a 12/10/2016. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/midwives_eng.pdf
- United Nations (2015). *International migration flows to and from selected countries: The 2015 revision*. Acedido em 20/03/2016. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/empirical2/migrationflows.shtml>
- United Nations Children, Fund, Moccia, P., Anthony, D., & Fund, U. N. C. (2009). *The state of the world's children 2009: Maternal and newborn health*. New York: UNICEF, New York, New York, U.S.A.. Acedido em 14/05/2016. Disponível em: <http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-ExecSummary-EN.pdf>
- UNICEF (2011). *How to Implement Baby Friendly Standards – A Guide for Maternity Settings*. Acedido em: 12/06/2016. Disponível em:

http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation_guidance_maternity_web.pdf

- Veringa, I., Buitendijk, S., Miranda, E., Wolf, S., & Spinhoven, P. (2011). Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 119–125. doi:10.3109/0167482x.2011.599898
- Vilelas, J. & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: o Enfermeiro com competência cultural. *Rev Min Enferm.* 16(1). 120-127. Acedido em 14/11/2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>
- Vivilaki, V. & Antoniou, E. (2009). Pain relief and retaining control during childbirth. A sacrifice of the feminine identity? *Health Science Journal* 3(1).3-9
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth a guide for midwives* (2nd ed.). London: Routledge
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A., & Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery*, 30(9), 1029–1035. doi:10.1016/j.midw.2014.04.005
- WHO. (2012). *WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage: Evidence Base*. Geneva. WHO
- Zampiere, M. (1999). Vivenciando o processo educativo em Enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Enfermagem*. nº 8

APÊNDICES

Apêndice I

Quadro de análise dos artigos da Revisão da Literatura

AUTOR(ES)	TÍTULO/ PALAVRAS-CHAVE (PC)	ANO	OBJETIVO	CONCLUSÕES
Victoria Vivilaki & Evagelia Antoniou	<p>“Pain relief and retaining control during childbirth. A sacrifice of the feminine identity?”</p> <p>PC: Birth, pain, relief, culture, femininity</p>	2009	Fazer uma revisão bibliográfica dos estudos que discutem até que ponto as atitudes perante a dor e o seu alívio afetam a saúde das mulheres	<p>- O processo de nascimento tem enormes diferenças culturais em todo o mundo;</p> <p>- As atitudes perante a dor e o seu alívio afetam de certa forma a saúde das mulheres e estas diferenças culturais podem ser opressivas tanto para as parturientes como para os profissionais de saúde.</p>
Raquel da Rocha Pereira, Selma Cristina Franco & Nelma Baldin	<p>“A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição”</p> <p>PC: Analgesia, parto, cirurgia, cesariana</p>	2011	Compreender através da teoria das representações sociais, as dimensões socioculturais da dor e seu impacto no protagonismo da mulher na parturição	<p>- A falta de informação e o modelo de assistência obstétrica hospitalar, centrado na figura do médico, com o apoio e o reforço dos relatos de outras mulheres são motivo para os receios e dúvidas da maioria das parturientes;</p> <p>- O medo demanda de interpretações socioculturais e fornece uma identidade cultural à</p>

				<p>dor;</p> <p>- A dor tem o poder de influenciar o comportamento da parturiente assentando no medo e está na origem de outros sentimentos negativos e preocupações que envolvem o momento do parto.</p>
<p>Alison McFadden, Mary J Renfrew & Karl Atkin</p>	<p>“Does cultural context make a difference to women’s experiences of maternity care? A qualitative study comparing the perspectives of breast-feeding women of Bangladeshi origin and health practitioners”</p> <p>PC: Breast-feeding support, culturally appropriate care, health practitioners, maternity care, qualitative methods, stereotypes, women of Bangladeshi origin</p>	2012	<p>Explorar até que ponto o contexto cultural distingue as experiências de apoio à amamentação em mulheres de origem bangladeshi e considerar as implicações para a prestação de cuidados culturalmente apropriados.</p>	<p>As implicações para a educação, políticas e práticas abarcam a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para trabalhar com populações diversas, implementando práticas baseadas em evidência, proporcionando um contexto organizacional que apoie os profissionais a responder à diversidade sem usar estereótipos culturais.</p>

<p>Erica Gibson</p>	<p>“Women’s expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models in the United States”</p> <p>PC: Labour pain, childbirth, midwifery, obstetrics, qualitative research</p>	<p>2014</p>	<p>Determinar diferenças na preparação e na experiência com dor de parto por mulheres que escolhem parteiras versus obstetras</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ao sair do modelo biomédico culturalmente instituído, que dá aos médicos o poder e a autoridade para decidir como a mulher experimenta e controla a dor, algumas mulheres conseguiram dominar e esta experiência, optando pelo modelo de cuidados das parteiras; - Mudar a cultura de crenças sobre a dor no trabalho de parto pode aliviar alguns dos temores que as mulheres têm sobre o nascimento proporcionando vivências mais gratificantes; - As mulheres devem ser instruídas sobre todas as opções possíveis para o alívio da dor durante o parto e devem receber mensagens positivas sobre os seus corpos e as suas aptidões para dar à luz, em vez de serem incentivadas a ter medo da dor.
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Laura Y. Whitburn, Lester E. Jones, Mary-Ann Davey & Rhonda Small</p>	<p>“ Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study”</p> <p>PC: Labour pain, childbirth, mindfulness, catastrophising</p>	<p>2014</p>	<p>Desenvolver uma compreensão mais sofisticada da dor do parto, examinando as experiências das mulheres relativamente à mesma, na perspetiva da ciência moderna</p>	<p>O estado de espírito das mulheres durante o trabalho de parto pode preparar o terreno para os processos cognitivos e avaliativos que constroem e dão significado à sua experiência de dor. Desenvolver intervenções para a dor no trabalho que promovam processos de avaliação positivos pode melhorar as experiências das mulheres.</p>
<p>Marianne F. Moore</p>	<p>“ Multicultural Differences in Women’s Expectations of Birth”</p> <p>PC: Multicultural differences, women, expectations, birth</p>	<p>2016</p>	<p>Explorar as expectativas de mulheres de diferentes culturas em torno do nascimento, assim como as expectativas de controle pessoal, de apoio do parceiro / família, expectativas de cuidados/ comportamento de profissionais como Enfermeiros, médicos ou parteiras, expectativas sobre a</p>	<p>- A compreensão da diversidade multicultural do nascimento é afetada por diversos fatores como a imigração, difusão da cultura ocidental e, possivelmente, por diferentes experiências relacionadas à classe, educação e raça ou etnia;</p> <p>- Existe alguma discordância sobre como definir o tipo de tratamento respeitoso mesmo entre mulheres de diferentes raças que vivem no mesmo país ou membros do mesmo grupo cultural;</p>

			saúde do bebé e expectativas sobre dor no parto	- A crescente investigação sobre as expectativas das mulheres vai auxiliar os prestadores de cuidados a desenvolver cuidados multiculturais mais sensíveis e responsivos.
--	--	--	-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------